

الدكتور
أحمد محمد جاد الرب أبو زيد
أستاذ التربية الخاصة المشارك

الدكتورة
هبة جابر عبد الحميد
استاذ التربية الخاصة المساعد


دار الزهــــراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

ⓒ دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٤٠ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
أبوزيد ، احمد محمد
الاعاقة الفكرية رؤية جديدة./ أحمد محمد أبوزيد ؛ هبه جابر.- الرياض - ١٤٤٠ هـ

٤٥٢ ص ، ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٤ - ٩٨ - ٨٢١١ - ٦٠٣ - ٩٧٨
١- التخلف العقلي أ.جابر ،هبه (مؤلف مشارك) ب. العنوان

ديوي ٣٧١,٩٢٨ ١٤٤٠/٩٦٤

رقم الإيداع : ١٤٤٠/٩٦٤
ردمك : ٤ - ٩٨ - ٨٢١١ - ٦٠٣ - ٩٧٨

الطبعة الأولى
١٤٤٠هـ/٢٠١٩م



الرياض - العليا : بين شارعي العليا والضباب ت :(٦)٤٦٤١١٤٤ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة - ١٣٤شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
جوال : ٠١٠٢٠٩٩٦٣٠٠
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com
Buraydh: ozahraa3@hotmail.com Cairo: ozahraa2@hotmail.com
www. daralzahraa.com.sa

المقدمة

يسعدنا أن نقدم للقراء والباحثين والطلاب والآباء والمهتمين بالتربية الخاصة كتاب "الإعاقة الفكرية رؤية حديثة" .

وقد حرصا المؤلفان قدر المستطاع على مراجعة وتنقيح الكتاب حيث تم الاستفادة - قبل طرح الكتاب للنشر بصورته النهائية - من ملاحظات المختصين والأساتذة ، ونقدر لهم جهودهم ، ونشكرهم على ما قدموه من نصح وإرشاد وتوجيه ، وقد يدلُ ما قدموه على الأمانة العلمية ، وطيب النفس ، فضلاً عن الحب والتقدير المتبادل بين المؤلفين وكل من قدم نصيحة أو توجيه حتى يخرج هذا الكتاب بشكل أفضل .

وقد حرصا المؤلفان فى هذا الكتاب على استخدام مصطلح الاعاقة الفكرية بدلا من (التخلف العقلى) وقد روعىَّ حداثه المادة العلمية التي تضمنها الكتاب بما يُقدم رؤية أفضل وحديثة لمفهوم الإعاقة الفكرية ، من حيث التعريف والتصنيف والتشخيص والخصائص والوقاية والعلاج وما يرتبط بالإعاقة الفكرية من متغيرات مثل : المتلازمات المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، والإعاقة المزدوجة .

ويتميز هذا الكتاب بأنه ليس مجرد عرض نظري لمفهوم "الإعاقة الفكرية" ، وإنما عرض تناول مفهوم "الإعاقة الفكرية" وما يرتبط بها من متغيرات في ضوء توجهات الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية ، وكذلك "الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية وإحصائها" الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (الإصدار الخامس) ، ومنظمة الصحة العالمية ، وأيضاً بناءً على نتائج البحوث والدراسات المتخصصة المحلية والعالمية ، وتم الاستفادة في عرض المادة العملية من مختلف العلوم والتخصصات ، وذلك نظراً لأن "الإعاقة الفكرية" موضوع مُتضمن في علوم متعددة ، مثل الطب ، وعلم النفس ، والصحة النفسية ، وتعديل السلوك ، والقانون ، والعلوم التربوية ، وعلم الاجتماع ، .... ، وغيرها .

ونقدم من خلال هذا الكتاب الشكر والتقدير لكل من ساهم في تعليمنا؛ آباءنا ، وأساتذتنا ، وأصدقاءنا ، فمن كان على قيد الحياة منهم "متعهُ اللهُ بالصحة والعافية

وبارك في عمره" ، ومن رحل عنا إلى ما هو أفضل مما نحن فيه "اللهمّ أبدلهُ داراً خيراً من داره ، وأهلاً خيراً من أهله ، وأدخلهُ الجنّة ، وأعذهُ من عذاب القبر ، ومن عذاب النّار" .

وأخيراً نقدمُ هذا العمل لله رب العالمين راجين العلي القدير أن يكون له بعض النفع ، وأن يكون لبنة من لبنات العلم ، وأن يحوز الرضا من أساتذتنا الأجلاء ، ومن طلابنا ، ومن كل من يطالعه ، ولا ندعي أننا بلغنا الكمال ، ولكننا حاولنا ما استطعنا ، إنه نعم المولى ونعم النصير .

المؤلفان



فهرس الكتاب

الفصل الأول

لمحة تاريخية عن الإعاقة الفكرية

- الإعاقة الفكرية في العصور القديمة .
- الإعاقة الفكرية في العصور الوسطى .
- الإعاقة الفكرية في الديانة المسحية .
- الإعاقة الفكرية في الديانة الإسلامية .
- الإعاقة الفكرية في عصر النهضة .
- الإعاقة الفكرية في العصر الحديث .
- الجهود المجتمعية في مجال الإعاقة الفكرية .
- المواثيق والاتفاقات الدولية في رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .
- الجمعيات والمنظمات الدولية المهتمة برعاية ذوي الإعاقة الفكرية .

الفصل الأول
لمحة تاريخية عن الإعاقة الفكرية

تعد متلازمة الإعاقة الفكرية مشكلة قديمة قدم البشر ، فقد عرفها الإنسان القديم منذ البدء ، وإن لم يكن بالوصف التشخيصي الحالي إلا أنه تعرف عليها وعانى منها ، وحاول التصدي لها على مر العصور ، وذلك بما يتسم به كل عصر من ثقافة ومعطيات علمية ، فقد عرف القدماء الإعاقة الفكرية تحت مسمى "البلهاء Idiots" ، هذا المصطلح الذي استمر قرابة مطلع القرن العشرين ؛ أي استمر قروناً طويلة يصف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وتعد الإعاقة الفكرية مشكلة متعددة الجوانب ؛ فهي ذات أبعاد طبية ونفسية واجتماعية وتربوية تحظي باهتمام الباحثين في العديد من ميادين العلم والمعرفة ، وبناءً على ذلك فإن أفضل تسمية لهذه المشكلة هو مصطلح "متلازمة Syndrome" لأنها كما ذكرنا مشكلة متعددة الأبعاد .

وشغلت متلازمة الإعاقة الفكرية مختلف مؤسسات المجتمع؛ فهي مشكلة اجتماعية تعاني منها كل المجتمعات سواء كانت المجتمعات الفقيرة أم الغنية ، أو الصناعية أو الزراعية أو الصحراوية ، وسواء كانت المجتمعات شرقية أم غربية .

فليس إذا من الغريب أن تأخذ مثل هذه المشكلة اهتمام الأطباء والتربويين والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ، ورجال القانون والساسة ، فهي تمثل جانباً مهماً من مهام كل المختصين ، وبناءً على ذلك قد يجد الباحث نفسه أمام عدد كبير من المفاهيم والتعريفات والتصنيفات والنظريات والمداخل العلاجية المرتبطة بالإعاقة الفكرية .

الإعاقة الفكرية في العصور القديمة :

عانى المعاقون من العزلة والحرمان والإهمال والنبذ والضياع في الماضي . كما كان يُنظر إليهم باعتبارهم دون مستوى البشر ، حيث كانوا يُعزلون عن المجتمع في زوايا النسيان ، حتى من جانب أسرهم ، فيما عدا بعض الجمعيات التي كانت تهتم بقلة منهم ؛ من باب الشفقة لا أكثر ولا أقل ، وكانت أسباب الإعاقة مجهولة تماماً ، وكان البعض يفسرها على أنها من غضب الله عليهم ، وهم من ذلك براء ، وحتى عندما بدأ

العلم يكشف عن أسباب الإعاقة ظل المجتمع يصمهم بوصمة العجز ، ويعتبرهم عالة وعبئاً كبيراً (عايدة أبو غريب ، ٢٠٠٨) .

فتشير الشواهد المستخلصة من الجروح والكسور في الجماجم البشرية - التي ترجع إلى العصر الحجري - لوجود آثار لجراحات غير ماهرة ، من الواضح أنها كانت تهدف لعلاج أصحابها مما كان يُعتقد أنه سلوك غير سوي . وتوضح الطرق المتبعة في هذه الجراحات وجود افتراض تقوم عليه يتلخص في أن السلوك الملاحظ لأصحابها ناتج عن أرواح شريرة تسكن عقل المريض ، وأن فتح ثقب في الجمجمة سيسمح لهذه الأرواح الشريرة والشياطين الحبيسة بالهرب ، مما يؤدي إلى شفاء المريض . وظلت هذه الأفكار والتفسيرات ملازمة للفكر الإنساني على مدى عصور طويلة ، ظلت الإعاقة الفكرية خلالها موضوعاً للتأمل والنظر من هذه الحقبة السحيقة (صفوت فرج ، ١٩٩٢) .

وكان وضع الأفراد ذوي الإعاقة متدني جداً في قانون حمورابي[1] ، حيث أشار قانون حمورابي الذي يرجع إلى سنة ١٦٥٥ ق . م . إلى أنه يحق لرؤساء القبائل التخلص من الأطفال ذوي الإعاقة أو المضطربين عقلياً بالقتل (رمضان القذافي ، ١٩٨٨) .

وقد اكتشفت لوحة فخار في العراق - يرجعُ تاريخها إلى حوالي ألفي عام قبل الميلاد أي في عهد " أشور بانيبال[2] " ملك " نينوي " - تشير إلى أن بعض حالات شواذ المخلوقات وما يصاحب ولادتها من أحداث بمثابة نذير شؤم بمقدمها إلى الحياة ، أو دلالة على غضب الآلهة . ولهذا كان من عادة القدماء أن يقتلوا كل وليد يجيء بشيء شاذ في جسمه ، وأحياناً يحكمون بالموت على أمه ظناً منهم أن ذلك إرضاء لآلهتهم الغاضبة (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨) .

(١) الملك حورابي هو سادس ملوك بابل الأولى ، وأشهرهم ، وهو صاحب قانون أو شريعة مشهورة في التاريخ تعرف بقانون حورابي أو شريعة حورابي والتي أصدرها في السنة ٣٠ من حكمه ، وقد حكم حورابي في الفترة من ١٧٩٢ ق. م. - ١٧٥٠ ق. م .

(٢) القائد آشور بانيبال ٦٦٩ ق. م. - ٦٢٠ ق. م. ، وهو آخر ملوك الإمبراطورية الآشورية الحديثة ، وكان محباً للأدب والعلم والثقافة ، كما كان مهتما بالبحوث التي كان يقدمها رجاله عن الآثار البابلية القديمة ، وكان له مكتبة يشهد لها التاريخ ، ومدينة "نيوني" هي عاصمة أشور ، وتقوم جامعة الموصل حاليا بإعداد مشروع لإحياء مكتبة آشور بانيبال التاريخية .

وقد كشف الفحص الإشعاعي الحديث للمومياوات المصرية القديمة ، أن القدماء المصريون عرفوا الإعاقة الفكرية ، حيث أظهر الفحص الإشعاعي عن وجود بعض الشذوذات الهيكلية التي غالباً ما تصاحب الإعاقة الفكرية (محمود حمودة ، ١٩٩٨) .

ويُؤرخ لأول مرة مصدر مكتوب عن الإعاقة الفكرية عام ١٥٥٢ قبل الميلاد ، وهو بردية طبية علاجية Therapeutic Papyrus Of Thebes في مصر القديمة ، يشير من خلالها علماء الأنثروبولوجيا لتوافر دلائل على وجود الإعاقة الفكرية – ربما دون تمييز بينه وبين المرض العقلي – منذ قبل التاريخ ، إذ كانت الإصابات الخطيرة بالرأس والجروح الغائرة شائعة في هذه الفترات السحيقة ، وهي إصابات وجروح يؤدي أغلبها إلى درجات مختلفة الشدة من الإعاقة الفكرية (صفوت فرج ، ١٩٩٢) .

واختلف الوضع عند القدماء المصريين ، فقد أكدوا على أهمية العناية بالفرد وأسرته في حالات المرض والعجز ، وظهر علم الأعشاب لعلاج المرضي وأصحاب العاهات (مدحت أبو النصر ، ٢٠٠٤) .

ويرى المتتبع للحضارات القديمة أن الفراعنة المصريين والصينيين القدماء اهتموا بعلاج الاضطرابات العقلية ، وحاولوا إعادة الصحة النفسية للمعتلين ، وكان المصريون القدماء أول من وصفوا المخ ودوره في العمليات العقلية ، وقد تم الكشف في عصر "أمنحتب" – إله الشفاء – عن مستشفى تقدم الصور الأولية للعلاج الترويحي والعلاج المهني (Kremer، 1980) .

فكان للمصريين القدماء دوراً رائداً كبيراً في مجال الإعاقة الفكرية ، حيث تكشف الأدلة التاريخية أن قدماء المصريين قد أرسوا أسباب وطرق علاج العجز الجسمي والعقلي (محمد مراد ، ٢٠٠١) .

وتكشف التحليلات التاريخية في مصر الفرعونية عن مدى اهتمام الملوك والفراعنة بأنماط من الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة ، ومنهم على سبيل المثال "أمنحتب الأول ، ورمسيس الثاني" ، حيث أعطيا اهتماماً ملحوظاً لرعاية الأطفال والأيتام والأرامل والعجزة والمحتاجين بصفة عامة ، وبالطبع ساهم في ذلك طبيعة الدور الديني للكهنة في عملية التنظيم الاجتماعية والدينية والاهتمام بما يسمى الفئات الخاصة من المجتمع (عبد الله عبد الرحمن ، ١٩٩٤ ، ٨٥ – ٩١) .

الإعاقة الفكرية في عصر الفلسفة العقلية :

تعتبر هذه المرحلة مرحلة تطور للعصر البدائي ، حيث تتميز هذه المرحلة بإعمال العقل وظهور الفلسفة العقلية في الحضارة اليونانية والرومانية (أحمد أبو زيد ، ٢٠١٢) .

فكان يُنظر إلى الذكاء على أنه المثل الأعلى في بلاد اليونان ، وإلى الإعاقة الفكرية على أنها انحطاط ذهني ، وهذا ما دفع أفلاطون[1] ٤٣٧ - ٣٤٧ ق . م . إلى الدعوة للتخلص من ذوي الإعاقة الفكرية إما بالنفي أو النبذ والطرد خارج البلاد ، وحرمانهم من كافة الحقوق والواجبات المتاحة للأسوياء ، وكانت التقاليد الدينية تستلزم أن يُوضع الطفل عقب ولادته مباشرة عند قدمي والدهُ ، إما أن يرفعهُ الأب عن الأرض ليصبح عضواً مقبولاً في الأسرة ، وإما أن يعرض عنه بسبب وجود تشوهات خلقية أو قصور في تكوينه ، فيصبح الطفل في هذه الحالة إما من الرقيق أو المهجرين إذا سُمح له بالحياة (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٦٠) .

فكان أفلاطون يفرض على مواطني جمهوريته أن يكونوا صحيحي البدن ، ويطرد منها كل من يُحكم عليهم بسبب ضعفهم أو عاهاتهم ، وحق الحياة في جمهوريته كما في أكثر المجتمعات القديمة لا يُمنح إلا لأصحاء الجسم ، أما الهزيلون الناحلون (ضعيفي الجسم) ، وكل من كان مزاجهم سيء التركيب فقد كان أفلاطون يرى أن يُهملوا ويُتركوا حتى الموت (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣١) .

ونصح أرسطو[2] الحكومة بأن تعمل على القضاء على الأطفال المشوهين والمرضى ، وهو في هذا يعبر عن عادة كانت شائعة لدى الشعب اليوناني ، وهي أن يُقذف الأطفال في "دونمن" الخمر ، فمن أثبت منهم أنه جدير بالحياة يبقى ، ومن كان

---

(١) أفلاطون ، فيلسوف يوناني وكاتب ورياضي ، تعلم الكثير من أستاذه سقراط ، وتلميذه أرسطو ، قد اسهامات كبيرة أثرت في كثير من الحضارات ، حيث تناول موضوعات كثيرة في السياسة ، والأخلاق ، واللغة ، والمنطق ، والرياضيات ، والميتافيزيقا. واشتهر ككاتب في محاورته السقراطية حيث بلغت هذه المحاورات ٣٠ محاورة .

(٢) ارسطو ، فيلسوف يوناني ، وهو تلميذ أفلاطون ، نبغ في العديد من العلوم منها الشعر ، والمسرح ، والموسيقى ، والبلاغة ، وعلم الحيوان ، وعلم الأحياء ، ويعتبر واحدا من أهم مؤسسي الفلسفة الغربية . له العديد من التلاميذ حيث تعلم على يده الإسكندر الأكبر .

ضعيفاً مات ، وتنتهي التربية الجسمية في سن السادسة تقريباً (عبد الله عبد الدائم ، ١٩٨٧ ، ٨١) .

ويُنسب إلى "هيبوقراط[١] Hippocrate " ٤٦٠ – ٣٧٧ ق . م . إلى أنه أول من فرق بين المرض العقلي والإعاقة الفكرية . فقد كانت له جهود كبيرة في مجال الطب ، وفسّر الأمراض على أساس فسيولوجي ونفسي .

وتفاوتت بصفة عامة مواقف كل مجتمع من المجتمعات تجاه الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، ففي بلاد اليونان كان يُنظر إلى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية نظرة ازدراء وتحقير ، وكانوا يشخّصونه على أساس ما يلازمه من تشوهات وعيوب جسمية حتى أنهم اعتبروه منبوذاً من المجتمع ، ومن أسرته أيضاً (شاكر قنديل ، ١٩٨١ ، ٢٠١) .

وقد نادى الرومان والإغريق القدماء بالتخلص من الأفراد ذوي الإعاقة اعتقاداً منهم بأنهم عالة على المجتمع ، فقد سيطرت في هده الفترة الفلسفة التأملية الذاتية التي نبعت في اليونان (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٦٠) .

وبلغ حد التخلص من الأفراد ذوي الإعاقات إلى درجة أنه كانت هناك قوانين تسمح بالتخلص ممن بهم نقص جسمي ، وهذه تسمى قوانين "ليكورجوس الأسبرطي ، وسولون الأثيني" . وكانت السلاسل التي يقيد بها الصغار تُباع علنا في أسواق أسبرطة وأثينا ليوضع فيها الصغار المشوهون خارج حدود المدينة لهلاكهم (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣١) .

وكان الناس في روما يُغرقون المكفوفين في نهر "التيبر" حتى جاء "رلون Solon ، ورومولسي Romulus" فاستاءا من هذا التصرف وطالبا بتشكيل جمعيات أهلية للبت في مدى صلاحية الطفل للمواطنة من عدمه (سيد خير الله ، ولطفي أحمد ، ١٩٦٧ ، ٥) .

---

(١) هيبوقراط أو أبو قراط ، أو أبو الطب ، طبيب يوناني ، ورث الطب عن والده وعن جده ، وذاع صيته في مجال الطب ، فهو أول من كتب في الطب ، وهو أول من علم الغرباء حيث كان الأطباء في هذا العصر يحفظون بتقاليد الطب وأعرافه لأبنائهم ، ولكن أبو قراط عمل على نشره في كل مكان من خلال مدوناته وتلاميذه من كل مكان ، وينسب له " القسم الطبي " الذي يقسمه الأطباء قبل مزاولة مهنة الطب ، فقد أدرك أهمية هذه المهنة لذلك يعتبر أول من صاغ هذا القسم وطبقه على تلاميذه .

فقد عمل الإغريق والرومان على عزل الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أو طردهم من القبيلة ، بينما عمل بعض الأثرياء من الرومان على الاحتفاظ ببعضهم من أجل التسلية والمتعة (رمضان القذافي ، ١٩٨٨ ، ٩٨) .

وكانت زوجة "سينيكا" تحتفظ في بيتها بطفل معاق فكرياً بقصد التسلية . والرومان كانوا يستخدمون الأفراد ذوي الإعاقة بقصد التسلية والإضحاك ، وظل الأشخاص المعاقون فكرياً في أسبرطة يبادون بلا أدنى رحمة أو شفقة ، حتى لا تنحدر دولتهم التي كانت تقوم على احترام القوة (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ١٧) .

وبدأت آراء " رومولوس " تجد أنصاراً لها في محاولات التعرف على المعاقين ، وتحديد خصائصهم وتشخيص مجموعاتهم المتميزة وتصنيفهم ، وعمل الإغريق على تشخيص حالة الأفراد ذوي الإعاقة من خلال المظاهر الجسمية وما يرافقها من تشوهات خلقية ، وهنا تجدر الإشارة إلى أول ارتباط بين الخصائص الجسمية والإعاقة الفكرية ، غير أنهم اعتبروا المعاق فكرياً غير صالح للحياة ، ويجب التخلص منه في مرحلة الطفولة (نادر الزيود ، ٢٠٠٠ ، ١٥) .

ويتضح مما سبق أنه بالرغم من أن الحضارات الإغريقية والرومانية واليونانية القديمة تميزت بالفكر وإعمال العقل ، وبلغوا حدا كبيرا من الرقي والتطور مقارنة بالعصور السابقة ومقارنة بالعصور الوسطى ، إلا أنهم لم يقدموا معروفاً أو مجهوداً يذكر للمعاقين فكرياً أو لذوي الاحتياجات الخاصة - مقارنة بما وصلوا إليه من علم وتقدم - وربما يرجع ذلك إلى تقديرهم الكبير للذكاء وعالمهم المثالي والطبقي .

الإعاقة الفكرية في العصور الوسطى :

كانت الإعاقة الفكرية في القرن الرابع عشر تُعالج بالوسائل التقليدية المتاحة آنذاك عند الطبيعيين اليونانيين ، "ومدرسة الإسكندرية" إلى جانب الطقوس والأدعية المنتشرة في ذلك الوقت ، وقد كان ذلك عصر انتقال سبق عصر النهضة مباشرة ، ولقد طالب "بيكون" باعتبار الإعاقة الفكرية كالأمراض الجسمية ، ولكن ذلك كان مجرد فكرة نظرية لم يُقدر لها أن تتحول إلى ممارسات واقعية (لطفي أحمد ، ١٩٨١ - أ ، ٦٢) .

وتم النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في القرن الخامس عشر على أساس أنهم خلفاء الشياطين (رمضان القذافي ، ١٩٨٨ ، ٩٨) ، ولقد سيطرت على هذه الفترة التعاويذ والخرافات الثقافية في شفاء حالات الإعاقة الفكرية ، ومن أمثلة هذه الخرافات : قراءة بعض التعاويذ والنصوص التي لا معنى لها ، بالإضافة إلى الإشارة إلى أجزاء الجسم المختلفة بهدف الشفاء من الإعاقة الفكرية (لطفي أحمد ، ١٩٨١أ ، ٦٣) .

ومن هذه الخرافات : استخدام بعض الوصفات لشفاء الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ؛ كربط القرنفل في فتلة حمراء حول رقبة المعاق فكرياً عندما يكون القمر مكتملاً ، أو إعداد لحم ذئب وسلقه ثم يأكله المعاق فكرياً ، أو ربطه بسلاسل وضربه (لطفي أحمد ، ١٩٨١ب ، ١٢٨) .

واتسع مفهوم الإعاقة الفكرية في العصور الوسطي ليشمل الاضطرابات الانفعالية ، والطبية ، والعقلية ، والجسدية المتنوعة . وعادة تم التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات بقسوة ، وكان يُعتقد أن السحر Witchcraft هو ما أدى بهم إلى هذه الحالة (Oakland &Harrison, 2008,4) .

الإعاقة الفكرية في الديانة المسيحية :

كانت المجتمعات الأوربية في العصور القديمة تموج بالوحشية والقسوة ، حتى جاءت الديانات السماوية في العصور الوسطى بما تحمله من تعاليم المحبة ، والتسامح بين البشر ، فكانت سراجاً مضيئاً لهداية البشر ، وقد ظهرت بذور المحبة ، والإحسان في الديانة اليهودية في الاهتمام برعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وذوي الإعاقات (أمل الهجرسي ، ٢٠٠٠ ، ٧٨) بصفة عامة .

وكان وضع الأفراد ذوي الإعاقة في عهد الديانة المسيحية أحسن حالاً من العصور السابقة ، حيث نادت المسيحية بالكثير من المبادئ الإنسانية والأفكار والمثل العليا التي تدعو إلى المحبة والعطف والتكافل الاجتماعي ؛ إلا أن تأثيرها على توجهات المجتمعات الإنسانية في تلك الفترة كان قليلاً نظراً لبقاء رواسب الجهل والمعتقدات السابقة تجاه الأفراد ذوي الإعاقة في أعماق تلك المجتمعات (حمدان الغامدي ، ونور الدين عبد الجواد ، ٢٠٠٥ ، ٢٨٣) .

وكان الأفراد ذوي الإعاقة في عصر المسيحية يوضعون في ملاجئ خاصة بدافع الرحمة والشفقة التي تدعو إليها المسيحية ، فكانوا يُطعمون وينامون إلى أن يقضي الله أمراً كان مفعولاً ، وقد أمر "دوق بافاريا" بتأسيس بيت للمكفوفين عام ١١٧٨ ، وقام بمحاولة تدريبهم (لطفي أحمد ، ١٩٨١ ب ، ٣٤) .

وهذا يعني أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في عصر المسيحية تلقوا نظرة إنسانية تتسم بالعطف ، والحنان ، والرحمة إذ أُعتبرت إعاقتهم ابتلاء من الله لأسرهم (عبد المجيد عبد الرحيم ، ١٩٩٧ ، ١٤٩) .

وقد ورد في الإنجيل : أن النفس التي أغضبها الشيطان ذهب منها الغضب عندما عزف داود على قيثارته[1] أمامها فغادرها الشيطان " ، أي أن الاستماع إلى الموسيقى يسبب الشفاء العقلي ، كما أرجع شذوذ الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية والمضطربين جنسياً إلى الشياطين (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٦٣) .

ويمكن القول أن الجهود المسيحية تزامنت مع الدراسة العلمية للإعاقة الفكرية ، وأدى ذلك إلى تحسينات متعددة . وأصدرت بعض الدول الأوروبية تشريعات لحماية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وتوفير احتياجاتهم الأساسية عن طريق المؤسسات ، وجهود متقدمة لتميز الإعاقة الفكرية من الاضطرابات الانفعالية Emotional Disorders .

وتشمل هذه الجهود جهود Locke (1689) الذي ميز بين البلهاء Idiots والمجانين Madmen . ومصطلح البلهاء في هذه الفترة كان هو المرادف لمصطلح الإعاقة الفكرية اليوم . وتم في هذه الفترة وضع الأساس لبذل الجهود لتحسين المهارات التربوية والاجتماعية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية (Oakland&Harrison ,2008 ,4) .

وسرعان ما غاب دور الكنيسة وعادت النظرة القديمة خلال العصور الوسطى إلى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، فقد استخدمهم البعض كوسيلة للتسلية والترفيه لأبناء الطبقة الحاكمة في بعض المجتمعات الأوربية (نادر الزيود ، ٢٠٠٠ ، ١٥) .

(١) يبدو أن هذا العصر قد عرف ما يعرف اليوم بالعلاج بالموسيقى ، حيث أن القيثارة نوعاً من الآلات الموسيقية .

وعاد الوضع إلى ما هو كان عليه ، حيث ظهر "قانون جستنيان[1]" والذي يقضي بالتخلص من ذوي الإعاقة الفكرية ، ويرى رمضان القذافي (١٩٨٨ ، ٩٨) أن هذا القانون يعتبر تأكيداً أو امتداداً لقانون حورابي .

الإعاقة الفكرية في الديانة الإسلامية :

جاء الإسلام بنظمه وقواعده وتشريعاته التي تمثلت في القرآن الكريم والحديث النبوي الشريف ، وتم النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقة نظرة إنسانية ، وساوى بين جميع الناس ، حيث نادى بعدم التفرقة بين البشر والمساواة بينهم ، كما أكد على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله وليس على أساس جنسه أو عرقه أو كيفية تركيبه الجسمي (أحمد أبو زيد ، ٢٠١٢ ، ٣٣) .

وأشار القرآن الكريم إلى هذا المعنى في أكثر من آية ، فقد جاء في سورة " عبس " عتاباً للرسول ﷺ عند إعراضه عن الأعمى عبد الله بن أم مكتوم وانشغاله بهداية صناديد قريش حيث قال الله عز وجل في كتابه العزيز : ﴿ عَبَسَ وَتَوَلَّىٰٓ (١) أَن جَآءَهُ ٱلْأَعْمَىٰ (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُۥ يَزَّكَّىٰٓ (٣) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ ٱلذِّكْرَىٰٓ (٤) أَمَّا مَنِ ٱسْتَغْنَىٰ (٥) فَأَنتَ لَهُۥ تَصَدَّىٰ (٦) وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّىٰ (٧) وَأَمَّا مَن جَآءَكَ يَسْعَىٰ (٨) وَهُوَ يَخْشَىٰ ﴾ [عبس : ١ - ٩] .

وعرف الإسلام تفريد التعليم لتعليم الأفراد ذوي الإعاقة (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣١٤) . وهذا ما أشارت إليه نصوص القرآن الكريم ، حيث قال الله عز وجل في كتابه الكريم : ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ۚ لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا ٱكْتَسَبَتْ ﴾ [البقرة : ٢٨٦] . وتشير هذه الآية الكريمة إلى تفاوت الناس في طاقاتهم وقدراتهم ، وأن التكليفات تكون حسب هذه الطاقات والقدرات . وفسر الجلالين قوله تعالى : ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ﴾ "أَيْ مَا تَسَعهُ قُدْرَتهَا" . وفي تفسيرا بن كثير "أَيْ لَا يُكَلَّف أَحَد فَوْق طَاقَته وَهَذَا مِنْ لُطْفه تَعَالَى بِخَلْقِهِ وَرَأْفَته بِهِمْ وَإِحْسَانه إِلَيْهِم[2]" .

---

(١) جستنيان الأول (٥٢٧م – ٥٦٥م) وهو إمبراطور بيزنطي كلف بعض رجال الدين المسيحي في مملكته باختيار مجموعة من القوانين الرومانية القديمة للعمل بها في إمبراطوريته .

(٢) موقع الإسلام الدعوي والإرشادي " تفاسير وتراجم القرآن " http://quran.al-islam

ونهي الإسلام عن السخرية لما فيها من تهكم وازدراء بالآخرين ونهى عن التنابز بالألقاب ، وذلك في قوله تعالى : ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا۟ خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَآءٌ مِّن نِّسَآءٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ ۖ وَلَا تَلْمِزُوٓا۟ أَنفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا۟ بِٱلْأَلْقَٰبِ ۖ بِئْسَ ٱلِٱسْمُ ٱلْفُسُوقُ بَعْدَ ٱلْإِيمَٰنِ ۚ وَمَن لَّمْ يَتُبْ فَأُو۟لَٰٓئِكَ هُمُ ٱلظَّٰلِمُونَ ﴾ [الحجرات : ١١] .

ويقول "أبو الدرداء" رضي الله عنه : سمعت الرسول ﷺ يقول : "أبغوني في الضعفاء ، فإنما تنصرون وترزقون بضعفائكم[١]" . ويرى كمال مرسي (١٩٩٩ ، ١٨٠) أن من الضعفاء الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

واهتم التشريع الإسلامي برعاية الأفراد ذوي الإعاقة ، فقد نظم بيت مال المسلمين جانباً من موارد مصارف الزكاة والوصايا والأوقاف بصورة مكنت الأفراد ذوي الإعاقة من تحقيق أغراضهم في التعليم والتكافل الاجتماعي (المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ١٩٨٢ ، ١٤) . ويعتبر الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه أول من اهتم بذلك حيث أنشأ ديواناً للأطفال المستضعفين وكان يقوم بتمويله من بيت المال (عبد الله عبد الرحمن ، ١٩٩٥) .

فقد حض الدين الإسلامي منذ أكثر من أربعة عشر قرناً على العدل ، والتراحم ، والمساواة ، ولاقى الأفراد ذوي الإعاقة الرعاية ، وحسن المعاملة على يد مربي البشرية نبينا محمد ﷺ (محمد مراد ، ٢٠٠١ ، ١٩٨) .

وكرمت الشريعة الإسلامية النفس البشرية في كل صورها الصاعدة والهابطة والصحيحة والفاسدة ، والخيرة والشريرة ، كما زودتها بالقدرات اللازمة على مواجهة ما قد يعترضها من معوقات وصعوبات مرجعها إلى عوامل وراثية وبيئية مما يحد من نموها وتطورها باستمرار ، وأتاح الرسول الكريم ﷺ للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية فرص التعلم في المسجد في أول الأمر ، ثم لاحظ أنهم يسوّدون حيطانه ، ولا يتحرزون من النجاسات فأشار إلى تعليمهم في أماكن خاصة في الدروب ، وأطراف الأسواق حفاظاً على قدسية المسجد وطهارته (لطفي أحمد ، ١٩٨١ ب ، ١١١ – ١١٥) .

---

(١) رواه البخاري .

وقد أسس الخليفة الوليد بن عبد الملك سنة ٨٨ هـ -٧٠٧ م أول معهد للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ثم أُسس بيمارستان ببغداد سنة ١٣٧ هـ -٧٥٦ م الذي خصص لعلاج الأمراض العقلية والذي كان أول بيمارستان خاص بالأفراد ذوي الإعاقة (مصطفى النصراوى ، ١٩٨٢ ، ١٧٨) .

وتنبه ابن سينا لجماعة "الأفراد ذوي الإعاقة" الذين لا يقدرون على أي نوع من أنواع التربية العلمية والعملية ، وهو يرى أن هؤلاء يجب أن يخصص لهم موضع يكون فيه أمثالهم ويكون عليه قيم ، وهؤلاء يجب أن يُضمن لهم الحياة والقوت (عبد الرحمن النقيب ، ١٩٨٤ ، ١٢٢) .

وكان عبد الملك بن مروان يأمر المنادي أن ينادي في موسم الحج أن لا يفتي الناس إلا " عطاء بن أبي رباح "إمام أهل مكة وعالمها وفقيهها ، وكان "عطاء" أسوداً ، أعوراً ، أفطساً ، أشلاً ، أعرجاً ، مفلل الشعر (السباعي ، في : رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣١٠) .

الإعاقة الفكرية في عصر النهضة :

يؤرخ لهذه الفترة مع قيام الثورة الفرنسية سنة ١٧٨٩ م ، حيث كانت لهذه الثورة صدى على مستوى العالم ، وبقيام الثورة الفرنسية بدأ عهد جديد حيث كانت الثورة على الأفكار القديمة التقليدية والتزمت والجهل والفقر ، وبدأ ما يسمى بعصر النهضة العلمية (أحمد أبو زيد ، ٢٠١٢ ، ٢٦) .

وظهرت في هذه الفترة قيمة الفرد لأول مرة في تاريخ أوربا حيث بدأت تظهر أفكار المصلحين الاجتماعيين التي قام بها رجال الدين إلا أن كثيراً من هذه الحركات لم تأخذ سوى الطابع المحلي في بعض بلدان أوربا ولم تستمر طويلا ، وعلى أثر ذلك قامت حركة "تنظيم الإحسان" في أوربا ، وبصفة خاصة في إنجلترا لهذه الطوائف من ذوى العاهات ومرضى العقول والمشردين وغيرهم باعتبارهم يمثلون أكبر قطاع من طوائف المحتاجين ، لكن هذه الحركة لم تحقق لهم الحياة الكريمة نتيجة لتجمعهم في بيوت الإصلاح ، وتعتبر هذه البيوت الخاصة ، أو المؤسسات الخاصة هي بداية الاهتمام والرعاية بالأفراد ذوي الإعاقة عامة والأفراد ذوي الإعاقة الفكرية خاصة ، وإن كانت لم تحقق الغرض الذي قامت من أجله في ذلك الوقت (أمل الهجرسي ، ٢٠٠٢ ، ٨٢) .

وصاحب هذه الفترة أيضاً نهضة علمية هاجمت السحر والشعوذة ، وانتشرت مقالات مونتن عام ١٥٨٠م ، حيث يقول في إحداها "أن حياة السحر والشعوذة تصبح في خطر كلما ظهر كاتب" . وبدأت بذلك نهضة علمية موسعة شملت كل مجالات المعرفة الإنسانية ، ومنها المجال التربوي حيث وُضعتْ برامج تدريبية ، واُستخدمتْ تقنيات تجديدية في علاج الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٦٤) .

وكان الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في هذه الفترة التي تمتد من القرن السادس عشر إلى نهاية القرن الثامن عشر محدودا ، فلم يكن هناك تميزاً بين العديد من الحالات مثل : حالات الصرع ، والتشوهات ، والإعاقة الفكرية ، وغيرها من أنواع الإعاقات ، ولكن كان الاهتمام كبيراً مقارنة بالفترات السابقة .

الإعاقة الفكرية في العصر الحديث :

بدأ الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقة في القرن التاسع عشر يأخذ طابعاً أكبر ، حيث ظهر النظام المؤسسي في تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة . وكانت الجهود التي قدمها الأطباء في هذا الوقت ترقى من الطابع المحلي إلى الطابع العالمي . حيث كان الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في الفترة التي تسبق القرن التاسع عشر ضئيلاً مقارنة بما حصل عليه الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من اهتمام في هذه الفترة ، وذلك في فروع العلم المختلفة ، فلم يقتصر الاهتمام بهم على يد طائفة معينة من العلماء أو تخصص معين ، بل تبنى الاهتمام بهم متخصصون في القانون والطب وعلم النفس والتربية والتربية الخاصة .

فقد بدأ الاهتمام بالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية خلال القرن التاسع عشر يأخذ الطابع الإنساني ، حيث انطلقت موجة كبيرة من الاهتمام ذات صبغة إنسانية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، والمصابين بالأمراض العقلية ، وبدأ العلماء يهتمون بوضع أسس لتصنيف الأفراد غير العاديين ، ويتساءلون ما هو الفرق بين مرضى العقول وضعاف العقول ؟ وهل يمكن وضع أُسس للتفرقة بين أنواع المرض العقلي وأنواع الإعاقة الفكرية (أحمد صالح ، ١٩٧٢ ، ٥٤٧) .

وشهد العصر الفيكتوري (١٨٣٧م - ١٩٠١م) في إنجلترا تطوراً مهماً في تناول مشكلة الإعاقة الفكرية ، وتغيرت النظرة إليها لتصبح مشكلة إنسانية يستحق أصحابها

العطف والعناية ، وسُنت بعض القوانين في هذا الشأن (صفوت فرج ، ١٩٩٢ ، ٤١٨) .

فقام "إيتارد Mark Itard" الطبيب الفرنسي عالم ١٧٩٨ م في فرنسا بجهود كبيرة في مجال رعاية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، فقد حاول تعليم الطفل "فيكتور[1]" وكان الطفل معاقا فكرياً ، وبالرغم من إخفاقه في تعليم هذا الطفل إلا أنه كان خطوة نحو تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

وكان الطفل "أفيرون" يعاني من قصور تام في الناحية الحسية والنواحي الحركية والعقلية والانفعالية ، فكانت عيناه زائغتين غير ثابتتين تتطلعان إلى الفراغ ، ولا يرتسم فيهما أي تغير ، وكان لا يميز بين العطور وروائح القاذورات الكريهة ، بالإضافة إلى عجزه عن النطق ، واقتصار حاسة اللمس عنده على القبض على الأشياء بيديه ، كما كان بليداً عاطفياً يتقلب أحياناً بين البلادة والضحك المستمر ، كما كان بطيئاً في حركته ثقيلاً خاصة عندما لبس الحذاء ، أما الشم فكان لديه قوياً ، أما من الناحية العقلية فقد كان يعاني من صعوبات جوهرية في قدرته على الانتباه والتمييز والتقليد ، أو القيام بأي عملية تتطلب تفكيراً من أي مستوى (سعد جلال ، ١٩٨٥أ ، ٧٨) .

واعتمد "إيتارد" في تعليم الطفل " فكتور" على إعادة تنشئته اجتماعياً ، وتعليمه الكلام والسلوك المقبول في الأكل والملبس والنظافة والتحكم في عمليات الإخراج . وتابع "إيتارد" الطفل " فيكتور لمدة خمس سنوات من الرعاية (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٣٢٥) .

---

(١) عثر أحد الصيادين عام ١٧٩٨ على طفل في غابة "أفيرون" جنوب فرنسا ، والذي تعهده "بينيل pinel" والذي قرر أنه معاق فكرياً "معتوه" ، وأطلق عليه "وحش أفيرون" ، والذي قرر أنه لا تصلح معه أي طريقة أو مساعدة تربوية. لذلك عهدت أكاديمية العلوم إلى "إيتارد" ليتولى أموره ، والذي أطلق عليه "فيكتور" (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ١٩) .

ويمكن تلخيص برنامج "إيتارد" في تعليم الطفل المعاق فكرياً في الخطوات الآتية :

- تعليم الطفل العادات الأساسية التي يعرفها أولا ، ثم تعليمه الأشياء التي لا يعرفها .

- تدريبه لحواس الطفل المختلفة حتى يتمكن من تنبيه جهازه العصبي ومساعدته على التمييز الحسي .

- مساعدة الطفل على تكوين عادات اجتماعية سليمة (عبد العظيم مرسي ، ١٩٩١ ، ٥) .

وقام الفرنسي "إيسكورول Esquirol" بتأليف كتاب عام ١٨٣٨ اقترح فيه ثلاثة أفكار ثورية إلى حد ما . حيث لاحظ أن الإعاقة الفكرية موجودة على متصل؛ فئتين على الأقل؛ فئة الضعفاء في التفكير the weak–minded وفئة البلهاء the idiot ، واقترح أن القدرة اللغوية يمكن أن تميز بنجاح الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من الأفراد ذوي الأداء الطبيعي . واعترف أن هناك حاجة لطرق موضوعية للتمييز بين مستويات الإعاقة الفكرية ، وناقشها من خلال قياسات الجسم البشري - مثل قياسات الجمجمة - لجعلها في موضع التقييم (Oakland &Harrison ، 2008 ، 4) .

وقام "سيجان Edward Seguin" تلميذ "إيسكورول" بإنشاء مدرسة في باريس لتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في عام ١٨٣٨ ، وساعدت مدرسته على تعزيز التزام الآخرين لمساعدة ذوي الإعاقة الفكرية ، وغيرهم من ذوي الاضطرابات ذات الأساس البيولوجي مثل المكفوفين والصم . وهذا ما أدى إلى إنشاء أكثر من ٨٠ مؤسسة خاصة ومؤسسات الإقامة الداخلية المدعمة داخل أستراليا ، وكندا ، وأوربا ، والولايات المتحدة الأمريكية للناس ذوي هذه الاضطرابات في فترة السبعينات ١٨٧٠ من القرن التاسع عشر (Goodenough, 1949) .

وانتقل "سيجان" في عام ١٨٤٨ إلى الولايات المتحدة الأمريكية ليفتتح مدرسة للأطفال لذوي الإعاقة الفكرية . وشارك مع مجموعة من العلماء في تأسيس "جمعية

المختصين الطبيين في المعاهد الأمريكية للإعاقة الفكرية" ، والتي يطلق عليها الآن "الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية [1] (AAIDD)" .

ووضع "سيجان" عدة مبادئ تربوية ونفسية لتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية نلخصها في الآتي :

- أن تكون الدراسة للطفل ككل .
- أن تكون الدراسة للطفل كفرد .
- أن تكون الدراسة من الكليات إلى الجزئيات .
- أن تكون علاقة الطفل بمدرسيه طيبة .
- أن يجد الطفل في المواد التي يدرسها إشباعاً لميوله ورغباته وحاجاته .
- أن يبدأ الطفل بتعلم النطق بالكلمة ثم يتعلم قراءتها فكتابتها (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٣٢٦ - ٣٢٧) .

وقام "سيجان" بوضع نظرية فسيولوجية في تفسير أسباب الإعاقة الفكرية ، قسم فيها الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلى قسمين : قسم ترجع فيه إعاقته إلى تلف الجهاز العصبي المحيطي ، ويمكن أن تتحسن حالته بتدريب عضلاته لاستثارة الأعصاب المستقلة حتى تصل إحساساتها إلى الجهاز العصبي ، وقسم ثان ترجع الإعاقة الفكرية فيه إلى تلف الجهاز العصبي المركزي ، ويمكن أن تتحسن حالته بإحداث صدمات كهربية للجهاز العصبي المركزي عن طريق الأعصاب المستقلة فتنشط الخلايا العصبية في القشرة المخية ، فتؤدي عملها بنشاط وكفاءة عالية (أحمد يونس ، ومصري حنورة ، ١٩٨٢ ، ١٢٩ - ١٣٠) .

وقدم العالم الفرنسي "مورال Moral" عام ١٨٤٠ كتاباً تناول فيه الإعاقة الفكرية ، وأكد على أن الإعاقة الفكرية ترجع لعوامل وراثية .

وتعد المجلة الأمريكية للجنون The American Journal of Insanity المجلة الأولى المكرسة للمرض والضعف العقلي والتي تأسست عام ١٨٤٤. وكان هناك عدد من الدراسات العلمية عن الإعاقة الفكرية منشورة في هذه المجلة . وتضمنت هذه الدراسات دراسات فحصت طبيعة الضعف العقلي mental deficiency ، وجهود

(1) American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

قياسه ، والفروق بين ذوي الإعاقة الفكرية وذوي الاضطرابات الأخرى ، وطرق تعليم أو على الأقل ضمان الاحتياجات الأساسية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (Oakland&Harrison, 2008 ،5) .

وقدم "داون Down " جهوداً في مجال الإعاقة الفكرية حيث ربط بين الإعاقة الفكرية والعنصرية الاجتماعية ، وأدخل مصطلح متلازمة داون .Down's syndrome أو المنغولية Mongolism إلى الإعاقة الفكرية ، والذي يطلق على إحدى فئات الإعاقة الفكرية .

ونشر "دارون" كتاب "أصل الأنواع" عام ١٨٤٨ والذي يعتبر بداية نقاش حول التأثير النسبي للطبيعية "على سبيل المثال القواعد البيولوجية للسلوك" والتنشئة "على سبيل المثال تأثير البيئة على السلوك" . وهذا النقاش لا زال مستمراً . ورأى أوائل من أيدوا نظرية "دارون" أن الإعاقة الفكرية شكل من أشكال التجنب الاجتماعي ، والبعض شجعوا حركت تحسين النسل في الولايات المتحدة الأمريكية (Oakland &Harrison , 2008 ,5) .

ويزكر "Kanner " أن الكثير من الباحثين يرون أن "Jacob Guggenbuhl" الطبيب النمساوي الأب الروحي للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث أنشأ "مدرسة أدينبرج لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية" في النمسا ، واهتم فيها بتغذيتهم بلبن الماعز والبيض والخضار والأرز واللحم ، وعالجهم بمركبات الكالسيوم والنحاس والزنك ، ووضع برامج تدريب لحواسهم وذاكرتهم ، وقد أُعتبرت مدرسته في هذا الوقت نموذجا بُنيّ على غراره مدارس كثيرة لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، في ألمانيا والنمسا وإنجلترا والدول الإسكندنافية وأمريكا . وتنقل بين كثير من البلدان يحاضر ويدعو إلى رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، ووجدت دعوته اهتماماً كبيراً من المسئولين في هذه البلدان . واستبشر الآباء خيرا بشفاء أبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية ، ولكن طال الأمد ولم يتحقق الشفاء ، واعتقد الآباء أن "Jacob" خدعهم وضللهم ، فتخلوا عن دعوته وطالبوا حكوماتهم بمحاكمته ، وطرده من بلادهم ، فأصيبت عملية رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية بنكسة كبيرة ، أدت إلى انصراف العلماء عن فكرة علاج الإعاقة الفكرية (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ١٨١) .

وأخذ العمل مع "بينيه Binet" وزملائه مساراً مختلفاً ، أحدهما كان أكثر واقعية ومفيدا ، فقد حاول هو وزملاؤه فهم طبيعة الذكاء وتنميته ، وميزوا بين الأطفال الذين يستطيعون والذين لا يستطيعون الإفادة من التعليم المدرسي ، فكان سعيهم لتطوير مقاييس موضوعية لقياس الذكاء استخدمت لأول مرة من القياسات الجسمية . بما في ذلك قراءة الكف والكتابة اليدوية وكان لهذه الطرق قيمة محدودة
(Oakland &Harrison , 2008 ,5) .

فقام " بينيه " بنقلة كبيرة حيث أعد أول مقياس لقياس الذكاء عام ١٩٠٥م ، وإن سبقته محاولات عدة في هذا المجال ، إلا أن هذه المحاولات لم يكتب لها النجاح الذي حققه مقياس بينيه وزميله سيمون ، حيث خضع المقياس للعديد من التعديلات والترجمات في كل إنحاء العالم ، وما زال مستخدما حتى الآن بكفاءة عالية ، وهو ما يطلق عليه الآن مقياس "ستانفورد – بينه" .

واهتم "بينيه" بتنظيم برنامج تعليمي للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في المدارس العامة لجعلهم قادرين اجتماعياً ، ومهنياً بدلاً من إيوائهم في مؤسسات ينشئها المجتمع ، وركز "بنيه" اهتمامه على قياس الذكاء ، والتعرف على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالمدارس العادية ، وبالكشف عنهم بواسطة اختبارات سيكولوجية وتربوية وبالمشاهدة لهم أثناء تعليمهم وإعداد البرامج التعليمية لهم (مصطفى فهمي ، ١٩٦٥ ، ١٧١) .

ووجهات نظر "بينيه" غالباً ما أعطت أهمية لمهارات التكيف التي طغى عليها عمله الضخم في تطوير أول اختبارا ذكاء معملي عام ١٩٠٥ وعام ١٩١١ ، فقد فكر في أن يكون الذكاء موجودا من أجل الانخراط في أنشطة الحياة اليومية المهمة ، وفي تطويره لاختبار ذكاء الأطفال كتب بينيه "إن الفرد يكون عاديا إذا كان قادراً على القيام بشؤون حياته بدون احتياج لإشراف الآخرين ، إذا كان قادر على القيام بأعمال مجزية بما فيه الكفاية لدعم احتياجاته الشخصية ، وفي النهاية فإن ذكاءه يؤهله لبيئة الآباء الاجتماعية" . فأوجه الشبه بين وجهات نظر بينيه تم التعبير عنها مبكرا منذ ١٨ قرناً من قبل اليونانيين بشكل واضح . وعلاوة على ذلك ، فإننا نستمر في استخدام معايير مماثلة في تقييم المهارات التكيفية في القرن الواحد والعشرين
(Oakland &Harrison , 2008 ,6).

وامتدت حركة القياس النفسي إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث عَلِمَ "هنري جوادارد" عن عمل بينيه في رحلة له إلى أوربا فقام بترجمة مقياس بينيه ، وقام بتجريبه في فاينلاند ، وكان مبهوراً بإمكانية الاختبار في التعرف على مستوى أداء الأطفال ، وقد كان تأثير "جوادارد" على التفكير الأمريكي مهماً رغم أنه في بعض الأحيان سار بعيداً عن بينيه كما حدث عندما فسر مقياس بينيه على أنه يقيس كلية موحدة أساسها وراثي ، بينما كان بينيه يعتقد أن الذكاء مرن وقابل للزيادة (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٧) .

وقام العالم " تيرمان[1] " - وهو تلميذ "ستانلي هول" - بإعادة تقنين وتوسيع النسخة الأصل من المقياس التي أعدها "بينيه وسيمون" في البيئة الأمريكية ، وتزايد استخدام مقياس "بينيه" في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث أصبح الحضور إلى المدرسة إلزامي كما زادت فترة الدراسة اليومية ، وظهر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في التعليم الأمريكي ليشكلوا عقبة في طريق التقدم ، وظهر انحراف الأحداث كمشكلة اجتماعية تضغط على رخاء الحياة الاجتماعية ، وصارت الوقاية من العيوب العقلية الانفعالية مشهدا من المشاهد الأمريكية المميزة ، وتطلبت هذه المشكلات وضع أداة مناسبة ، وهذا ما أدى إلى خضوع مقياس بينيه لعدة مراجعات حتى ظهرت النسخة الأفضل عام ١٩٦٠ (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٣٠) .

وتطورت حركة القياس كثيراً مع نشوب الحرب العاليمة الأولى (١٩١٤-١٩١٨) حيث قام الأخصائيون النفسيون في مدرسة فاينلاند بولاية "نيوجرسي" بإعداد اختبارين جمعيين للذكاء على الجنود الذين يستبعدون من دخول الخدمة العسكرية بسبب انخفاض الذكاء ، والاختبار الأول عُرف باختبار "ألفا alpha" ، وكان لأولئك الذين لديهم

(١) لويس ماديسون تيرمان Lewis Madison Terman (١٨٧٧ - ١٩٥٢) عالم نفس أمريكي ، تخصص في علم النفس التربوي ، حصل على الدكتوراة من جامعة كلارك عن دراسته في عبقرية الموهبين ، وعمل في جامعة ستانفورد ، واشتهر بتعديل وتقنين اختبار "بينيه - سيمون" في المجتمع الأمريكي ، وتم تقنين النسخة بعدما قام بتعديلها في العديد من المجتمعات ، فيرجع له الفضل في بقاء اختبار "بينيه" حتى الآن. وكان عضوا في حركة تحسين النسل الأمريكية ، وقد عمل رئيسا لرابطة الطب النفسي الأمريكية .

مهارات لغوية كافية ، والاختبار الثاني أطلق عليه اختبار "بيتا beta" وكان اختبار غير لفظي ، وكان يُطبق على من ليس لديهم مهارات لغوية كافية (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٧) . وتطور حركة القياس كان لها دور كبير في تطور تشخيص وتقييم وتقويم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في تلك الفترة .

وتعتبر جهود ماريا منتسوري[1] Maria Montessori (1952-1870) (١٨٧٠ - ١٩٥٢) علامة مضيئة في تربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في إيطاليا ، وكانت تشغل في ذلك الحين وظيفة مساعدة في عيادة سيكولوجية في روما ، حيث وجدت عدداً من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية معزولين في " مارستان " ، وكان المجتمع يؤمن عادة أن الشلل والبله والأمراض المشابهة في طبيعتها لهذه العلل هي أولا وقبل كل شيء طبية ، ولكن بعد دراسة منتسوري لأعمال إيتارد وسيجان أرجعت مشكلة الإعاقة الفكرية إلى كونها قبل كل شيء مشكلة تربوية أكثر منها طبية (مصطفى فهمي ، ١٩٨٠ ، ١٤٢) .

فاهتمت "ماريا منتسورى" بتربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد كانت جهودها في مجال تربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية تأثرا بآراء كلا من "إيتارد وسيجان" ، وقد زادت شهرتها عندما نجح أحد الطلاب المعاقين في امتحان شهادة عامة ، وقد كان نجاحه لا يقل عن نجاح غيره من العاديين ، واهتمت "ماريا" في مجال رعاية ذوي الإعاقة الفكرية بثلاثة محددات هي : صحة الطفل ، التربية الخلقية ، النشاط الجسمي .

وقدمت "ماريا" مجموعة من الاعتبارات تصلح لأن تكون الأساس السيكولوجي لتربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، وهي :

- التعامل مع عقلية ذوي الإعاقة الفكرية من خلال مجموعة من الأنشطة أقل من الأنشطة التي تقدم للعاديين .
- مراعاة خصائص التطور العقلي .
- مراعاة الميول .
- اختيار الفترات التي يكون فيها استعداد الطفل قوياً وميالاً لإشباع ميوله .
- توفير القدر الكافي من الحرية .

---

(١) تعتبر أول امرأة تحصل على درجة الطب من جامعة إيطالية .

واهتمت بتدريب الطفل وركزت على التدريبات الخاصة بالمهارات الحياتية العملية ، والمهارات الخاصة بتدريب الحواس ، وإكساب الطفل الخبرات والمعارف اللازمة ، وتدريب عضلات اليد لتعليم الطفل المعاق الكتابة ، وابتكرت مواداً ، وألعاباً ذات أهداف خاصة يتعلم منها المعاق خبرات معينة (Unesco , 2000 ,170) .

ووصفت "منتسوري" طريقتها بأنها محاولة للربط بين المنزل والمدرسة ، ولهذا كان النشاط الذي رسمته للدراسة صورة من بعض نواحي النشاط المنزلي ، وكان حجر الأساس هو التعلم الذاتي ، ولهذا فقد أعدت الأدوات اللازمة ، وصممت الأنشطة المناسبة لذلك ، حتى يتمكن الطفل في ذلك من أن يُعلم نفسه بنفسه ، بينما يكون دور المعلم هو الإشراف والتوجيه ، ويتم هذا التعلم من خلال أدوات ملموسة (مصطفى فهمي ، ١٩٨٠ ، ١٤٢ - ١٤٣) .

وقامت بفتح مدارس عديدة في الأحياء الفقيرة في روما للأطفال من سن ثلاثة إلى ستة أعوام ، وعندما تعاملت مع هذه الفئة اكتشفت أن طريقة التعليم التي تركز على مواد بسيطة "مكعبات كبيرة - خرز - مسطرة قياس" ، وما شابه ذلك تلفت انتباههم إلى المشكلة التي يعملون على حلها ، ولمدة ساعة من الوقت (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٣١) .

واستفاد المربي البلجيكي "ديكرولي (١٨٧١-١٩٣٢)" من جهود "منتسوري" في تربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، ففي عام ١٩٠١ أسس معهد للتعليم الخاص لذوي الإعاقة الفكرية ، وأنشأ فيه نوعاً من التربية النفسية التي تلائم مختلف الحالات المطلوب علاجها ، والمبادئ التربوية لكلاً من "ديكرولي ومنتسوري" متشابهة إلى حد كبير ، فقوام هذه المبادئ لدى كليهما مبدآن أساسيان : الاهتمام والتربية الذاتية ، غير أن أهدافهما متباينة دون شك ، فالسيدة "منتسوري" تنتهج قبل كل شيء منهجاً تحليلياً فهي تجزئ وظائف الطفل النفسية المختلفة ، وتضع تمرينات خاصة لإنمائها واحدة بعد واحدة وخطوة بخطوة ، ولذلك تراها تستخدم في الغالب أدوات اصطناعية ، أما عند "ديكرولي" فالطفل يوضع على العكس منذ الوهلة الأولى أمام شيء محسوس بكل ما فيه من تعقيد ، ثم يأتي التحليل بعد ذلك ، وهو يستقي أدواته من الطبيعة نفسها (عبد الله عبد الدائم ، ١٩٨٧ ، ٣٤) .

وكانت جهود "ديكرولي" ترتكز على إشباع الحاجات الأولية والثانوية كسبيل لإعادة تربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية ، لذلك ابتكر العديد من الألعاب الجماعية ، وكان يركز في تدريباته على تنمية الإدراك الحسي عند ذوي الإعاقة الفكرية ، كما إهتم ببيئتهم وبالمثيرات القائمة فيها ، وطرق الاستجابة لهذه المثيرات (لطفي أحمد ، ١٩٨١ ، ٦٦-٦٧) .

واهتمت " ديسكوريس (1958) Descoeudres" - وهي تلميذة ديكرولي - بتربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية فصممت برنامجاً لتدريب وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية ، وعملت على أن يكون برنامجها مناسباً لميول واستعدادات وقدرات وحاجات ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد احتوى البرنامج على العديد من الموضوعات والأنشطة المهمة بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية ، ومن هذه الموضوعات : تدريب الحواس والانتباه ، وتدريب الجسم ، وتنمية مهارات اليد ، والتدريب اللغوي .

وبرز في إنجلترا "دنكان Duncan " كأبرز المهتمين بالإعاقة الفكرية الذي اعتقد أن الذكاء العام G لسبيرمان يمكن قياسه عند الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية عن طريق مقياس ستانفورد بينيه الذي كان يستخدم في قياس عامل الذكاء المجرد ، وأما الذكاء الحسي فيقاس عادة باختبارات الذكاء العملية ، فقد طبق مقياس ستانفورد بينيه واختبارات الأداء "لألكسندر" ، والتي تقيس الذكاء الحسي على مجموعة من الأطفال في مدرسة "لانكل" بمدينة "هامبشير" بإنجلترا ، واستنتج "دنكان" إن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لديهم ذكاء أفضل في الناحية الحسية (مصطفى فهمي ، ١٩٨٠ ، ١٥٤-١٥٥) .

وقد وصمم "دنكان (1943) Duncan" برنامجاً لتربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية ، وكان قد توصل في دراساته أن الذكاء العملي لذوي الإعاقة الفكرية أعلى من ذكائهم النظري ، وبناءً على وذلك وضع برنامجاً يعتمد على التدريبات الحسية خاصة الأشغال الفنية ، والموضوعات المنزلية ؛ كالغسيل والطبخ والتربية البدنية والزراعة ، واعتمد في وضع محتوى البرنامج على خبرات ذوي الإعاقة الفكرية وقدراتهم ، وأيضاً من خبرات البيئة ، وهدف من خلال برنامجه إلى تلبية احتياجات ذوي الإعاقة الفكرية إلى الحب والحنان ، والتقدير ، كما استهدف البرنامج تفريغ الطاقات الانفعالية للصراع والتوتر والخوف والقلق التي يتصف به بعض ذوي الإعاقة الفكرية .

وقدم الطبيب الأمريكي "كروككانك Crokchank" كتاباً تناول فيه موضوع الإعاقة الفكرية . وتم إعلان حقوق الأشخاص المعاقين فكرياً - عام ١٩٧١- بالولايات المتحدة الأمريكية والذي خلص إلى العديد من المواثيق والتوصيات التي تهتم بالأشخاص المعاقين فكرياً .

وقدم لطفي بركات (١٩٨١أ ، ٧١-٧٥) في البيئة العربية جهودا طيبة في مجال تربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية ، فقد وضع تصوراً لبرنامج يمكن الإفادة به في المؤسسات والجمعيات التي تهتم بفئات الإعاقة الفكرية ، والخطوط الرئيسة لهذا البرنامج تتمثل في : تدريب الطفل على مساعدة نفسه ، والتدريب العملي ، والتدريب اللغوي ، والبرامج الدراسية ، والتطبيع الاجتماعي ، والأمان ، والصحة ، والمهارات الحركية ، والإدراك الحسي ، والمهارات الأكاديمية الأساسية "القراءة والكتابة والحساب" ، وإصلاح عيوب النطق والكلام .

الجهود المجتمعية في مجال الإعاقة الفكرية :

نعرض في هذا الجزء بعض الجهود المجتمعية في مجال الإعاقة الفكرية ، حيث استفادة المجتمعات من خبرات وجهود الباحثين في مجال الإعاقة الفكرية ، والاهتمام في المجتمعات بالإعاقة الفكرية قد يتباين ويأخذ صور مختلفة ؛ أي يختلف كل مجتمع في حجم الجهود التي يقدمها للمعاقين فكرياً ، وهذا يتوقف على العديد من المتغيرات منها قدرات وإمكانات المجتمع الاقتصادية والثقافية ، وعاداته وتقاليده ونظمه وقواعده التي يعتنقها .

الولايات المتحدة الأمريكية :

بدأ الاهتمام برعاية ذوي الإعاقة الفكرية في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨٥٠ م ، وذلك حين أسس "سيجان" أول مؤسسة لرعايتهم بعد هجرته من فرنسا إلى الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث كان للاضطرابات السائدة في أوروبا دوراً مهماً في هجرته إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٤٨(سعيد العزة ، ٢٠٠١ ، ١٨٨) .

وتم إنشاء الجمعية الأمريكية لرعاية ذوي الإعاقة الفكرية عام ١٨٧٦ م ، وفي عام ١٩٥٠ أسست الجمعية الأمريكية لآباء ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد بلغت ذروة

الاهتمام الأمريكي بالإعاقة الفكرية في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٢ حيث تبنى الرئيس الأمريكي جون كينيدي رعاية ذوي الإعاقة الفكرية (نادر الزيود ، ٢٠٠٠ ، ١٥-١٦) ، حيث كانت شقيقته تعاني من الإعاقة الفكرية .

وانقلب الوضع رأساً على عقب بعد ظهور تقارير عن الصفات البشرية والوراثة المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، فقد وضعت ٣٧ ولاية أمريكية قوانين خاصة بتعقيم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد بلغ عدد الحالات التي تم تعقيمها في عام ١٩٤٧حوالي ٢٣١٦٠ حالة ، منها ١٠٠٧ حالة في عام ١٩٤٦م ، ونتائج التعقيم تعد في حد ذاتها مشكلة ، بالرغم من جميع المزاعم ، فالمعلومات الخاصة بالعوامل الوراثية في الإعاقة الفكرية لا تبيح تطبيقاً عاماً للتعقيم (جابر عبد الحميد ، ١٩٨٤ ، ٢٤٤) .

فقد قامت الولايات المتحدة الأمريكية بعملية تعقيم واسعة نتيجة الخوف من مخاطر فئات الإعاقة الفكرية على المجتمع ، وهذا ما جعلها تنشر تقرير عام ١٩١٣ تشير فيه إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ليسوا سوى طفيليات علقت بالمجتمع منذ القدم ، وأنهم عديمو الأخلاق ، وميالون إلى الإجرام ، ويمثلون خطراً على المجتمع . وما أثار المجتمع الامريكي أفكار "فرانسيس جالتون" عن الصفات البشرية والعوامل المؤثرة فيها ، كما أنه نشر تقريراً يفيد أن هناك أسراً بأكملها تعاني من الإعاقة الفكرية مثل أسرة "كاليكاك" وأسرة "جيوك " ، وهذا ما جعل النظرة إلى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية تتسم بالخوف والحذر في الفترة ما بين ١٩١٠ - ١٩٣٠ (رمضان القذافي ، ١٩٨٨ ، ٩٩-١٠٠) .

وقد حدث هذا التحول في المجتمع الأمريكي بعدما بدأت توجهات إنسانية تهتم بفئات الإعاقة الفكرية ، إلا أن عدداً كبيرا من الآراء اتفقت على إبعاد هؤلاء المعاقين فكرياً بعيداً عن المناطق السكنية ، وكان الاتجاه الآخر هو تعقيم المعاقين فكرياً حتى لا يكونوا قادرين على الانجاب فتورّث الإعاقة الفكرية في المجتمع .

وأطلق على هذه الحركة "حركة تحسين النسل" ، ويعلق "كرانفيلد" على حركة تحسين النسل فيقول إنه من النادر في تاريخ الطب أن يجتمع هذا العدد الكبير من الرجال الأذكياء والمشهورين حول برنامج مفزع وموحش مع قليل من الأسس العلمية التي تحكم تصرفاتهم (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٣) .

وبرحمة من الله تغيرت هذه النظرة ، حيث ظهرت بحوث أخرى تناقض أو تعارض بحوث الوراثة ، وهذه البحوث أطلق عليها بحوث البيئة أو الباحثين أصحاب التوجه البيئي ، حيث أقر هؤلاء من خلال البحث والتجربة والتقصي أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إذا ما تم توفير بيئة تعليمية تربوية مناسبة محفزة لهم فقد يكون أدائهم أفضل ، ويمكن الاستفادة من طاقتهم في المجتمع . وبهذا التوجه بدأ يُنظر إلى الإعاقة الفكرية على أنها نتاج عوامل بيئة وراثية ، ومن خلال التعليم والتدريب يمكن تطوير قدرات هؤلاء الأفراد ، وعمل هذا الاتجاه على تغيير وجهة النظر الأمريكية لذوي الإعاقة الفكرية ، وأصبحت الولايات المتحدة الأمريكية في الوقت الحالي من أكثر المجتمعات الداعمة للمعاقين فكرياً في كل الاتجاهات ، فظهرت العديد من المنظمات والمؤسسات والدوائر العلمية التي تهتم بتربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وأيضا توفير كل السبل التي تمكنهم من الحياة الكريمة مع أبناء مجتمعهم وأقرانهم العاديين .

ألمانيا :

واختلف الوضع كثيراً في ألمانيا حيث كانت النظرة الفوقية المتعالية للألمان باعتبارهم الجنس البشري السامي دفعت إلى صدور قانون في عام ١٩٣٣/٧/١٤ للقضاء على الأطفال المصابين بأمراض وراثية ، ونتيجة لذلك فإنه تم حجز الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في مصحات عقلية ، كما تم طردهم من المدارس وإعادتهم إلى أسرهم دون إتمام الرعاية التربوية والنفسية في مدارس ذوي الإعاقة الفكرية . ومن عام ١٩٣٩ طبق الحكم النازي برنامجاً لقتل تلك الفئة من الأطفال ، ويعتبر هذا البرنامج لطمة في وجه الإنسانية (محمد عبد المؤمن ، ١٩٨٦ ، ٢٩٤- ٢٩٥) .

فسادت في ألمانيا النازية أفكارا شبيهة بأفكار حركة تحسين النسل في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث سيق الأشخاص المصابون في عقولهم ، والفصاميون ، وغيرهم من المجموعات التي يُعتقد أنها تلوث الجنس الألماني إلى القتل (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٣) .

وتغير الوضع كثيراً في ألمانيا بعد الحرب العالمية الثانية ، حيث تغيرت النظرة تجاه الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، بعد انهيار النازية ، فأعطى المجتمع الحقوق للمعاقين

مثل أقرانهم العاديين ، والمجتمع لا يعوق حركتهم ، حيث يتكامل المعاقين مع المجتمع على أساس برنامج حكومي شامل وجامع يقدم لهم إجراءات تنسيقيه في مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية ، هذا بالإضافة إلى التدخل المبكر وتعليم الأطفال المعاقين بدنياً وعقليا (إبراهيم الزهيري ، ١٩٩٨ب ، ٦٥-٦٦) .

جمهورية مصر العربية :

وكانت مصر من أوائل الدول العربية التي اهتمت برعاية المعاقين ، وإيماناً من الدولة بأن تعليم المعاقين حق وواجب مثلهم كمثل العاديين ، قدمت لهم الرعاية وفق نوع الإعاقة ، فقد شملت ورقة التطوير باباً خاصاً لرعاية المعاقين والمتفوقين ، وذلك بهدف توفير الظروف والإمكانات الملائمة لرعايتهم والتوسع في استيعابهم ، ودعم الخدمات التي تقدم لهم ، وقد شمل التطوير محورين رئيسيين هما : الأول يتصل بتقديم مجموعة من برامج الخدمات التعليمية لجميع مدارس التربية الخاصة . والثاني تخطيط البرامج التعليمية للمعوقين . فصدر القانون رقم ٦٨ لعام ١٩٦٨ ، والقانون المطور للتعليم ١٣٩ ينص على إنشاء مدارس لتعليم ورعاية التلاميذ المعاقين بما يكفل إتاحة الفرص أمامهم للدراسة بما يتلاءم مع قدراتهم ، كما نص على إلزامية التعليم للمعوقين أسوة بالعاديين ، حيث أوضح القانون أنه إذا أُنشئت بجهة ما مدارس أو فصول لتعليم ورعاية الأطفال المعاقين طُبق حكم الإلزام بالنسبة للمعاقين بهذه الجهة ، وعلى المديريات تحويل المعاقين إلى التربية الخاصة بهم (صبحي عطا الله ، ١٩٨٢ ، ٦٣ - ٦٤) .

فأنشأت وزارة المعارف في مصر "التربية والتعليم حالياً" عام ١٩٥٠ ثلاثة عيادات سيكولوجية يعمل بها عدد من المتخصصين في علم النفس والاجتماع لتقديم الخدمات النفسية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، كما اهتمت الوزارة في هذا الوقت بإرسال بعثات مدة كل منها ثلاثة شهور إلى كل من انجلترا ، وفرنسا لإعداد الكوادر اللازمة في مجال تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ أ ، ٢٤٣) .

وقامت وزارة التربية والتعليم بمصر في عام ١٩٥٦ بتأسيس أول معهد للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، وهو معهد التربية الفكرية ، ويقبل هذا المعهد الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين "٥٠-٧٠ " .

وانتهت كل محاولات تربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية بظهور نظام التعليم المدرسي ، والذي يتم من خلاله تقديم برنامج تربوي خاص بالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، مبني على أسس وقواعد علمية تُراعى فيه العديد من الأسس والاعتبارات التربوية ويتم من خلال هذا البرنامج تقديم رعاية متكامل وشاملة تشمل النواحي الجسمية والصحية والاجتماعية والتعليمية والترفيهية .

الكويت :

بدأ الاهتمام بتربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في الكويت عام ١٩٦٠ ، وذلك بإنشاء مركزين لذوي الإعاقة الفكرية أحدهما للذكور والآخر للإناث ، وفي عام ١٩٦٥ أنشأت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل مؤسسة ضعاف العقول لرعاية حالات الإعاقة الفكرية الشديدة .

سوريا ولبنان :

وفى سوريا ولبنان بدأ الاهتمام الفعلي عام ١٩٦٠ حين أنشئت جمعية الإنعاش الاجتماعى في لبنان مؤسستين أهليتين الأولى باسم "مؤسسة الأمل" والثانية باسم "مؤسسة القديس لوقا " ، يقبل فيهما الطفل من سن ٦ – ١٧ سنة ، وتهتم المؤسستان بالتدريب المهني إلى جانب التعليم المدرسي والتدريب الاجتماعي . وأنشأت سوريا مؤسستين لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، تأسست الأولى في دمشق عام ١٩٦٠ تابعة لجمعية النهضة الإسلامية ، والثانية في حلب عام ١٩٦٢ تابعة لجمعية المقاصد الخيرية ، وتقتصر خدمات هاتين المؤسستين على إيواء المعاقين من الكبار ، وفى سنة ١٩٧٩ أنشأت وزارة الشؤون والعمل في سوريا معهد التربية الخاصة لذوي الإعاقة الفكرية ، وآخر للتأهيل المهني (ماجدة عبيد ، ٢٠٠٧ ، ٢٢) .

الأردن :

وبدأ الاهتمام بالمعاقين في الأردن عام ١٩٣٨ – ١٩٣٩ م ، وذلك بإنشاء أول مدرسة للمكفوفين في القدس ، وسميت "المدرسة العلائية" التي تعنى بشؤون المكفوفين ، وقد تسارع الاهتمام بالمعاقين وتطورت الخدمات التربوية والعلاجية ، وظهرت المدارس والمؤسسات التي تقدم خدمات لمختلف الفئات المعاقين فكرياً ،

وسمعياً ، وبصرياً ، وحركياً من قبل الجهات الرسمية أو الطوعية (سعيد العزة ، ٢٠٠١ ، ١٩٠) .

وبدأت المؤسسة السويدية بتقديم خدماتها في مجال رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في عام ١٩٦٧ ، وكان عملها في مدينة القدس من خلال إنشاء دار لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد ازداد نشاط هذه المؤسسة بإنشاء ثلاث مدارس أخرى في أماكن مختلفة من الأردن ، وفي عام ١٩٧٠ تم إنشاء جمعية الصحة النفسية ، وكان من أهدافها رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وكذلك المرضى النفسيين وتأهيلهم ، وفي عام ١٩٧٤م تم إنشاء جمعية الشابات المسلمات حيث تم إعداد مدرسة خاصة لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وكذلك عملت وزارة التنمية الاجتماعية على فتح عدد من المؤسسات لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (نادر الزيود ، ٢٠٠٠ ، ١٧) .

المملكة العربية السعودية :

واهتمت المملكة العربية السعودية في عام ١٣٩٢ / ١٣٩٣ هـ بفئة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث تم افتتاح معهدين للتربية الفكرية للبنين والبنات (نائل أخرس ، ٢٠٠٧ ، ٢٦٧ - ٢٦٨) .

وتحقق المملكة أهداف سياستها نحو المعاقين من خلال اكتشاف حالات الإعاقة في وقت مبكر ، وتنمية وتدريب الحواس لدى المعاقين ، وتزويدهم بالقدر المناسب من المعرفة والثقافة المختلفة ، والكشف عن استعدادات وميول المعاقين وتنميتها ، وتأهيلهم لاكتساب مهارات معينة تتناسب مع قدراتهم وميولهم ، وتوفير الخدمات النصيحة والنفسية والاجتماعية التي تساعد المعاقين على التكيف ، وقد بلغ عدد المعاقين في المملكة حسب المشروع الوطني ٤٩٣.٦٠٥ معاقاً من أصل السكان السعوديين البالغ عددهم ٣٧٤ ، ٢٢٣ ، ١٣ أي بنسبة ٣,٣٧٪ من إجمالي عدد السكان (عوض الردادي ، ١٩٩٨ ، ٦٥ - ٦٦) .

البحرين :

ويرجع تاريخ الاهتمام برعاية المعاقين في دولة البحرين إلى عام ١٩٧٠ م ، لكن ازداد الاهتمام بهذا المجال وخاصة بعد تأسيس اللجنة الوطنية العليا للمعاقين عام

١٩٨٤ ، حيث تتولى اللجنة رسم السياسة العامة لتأهيل المعاقين ، واقتراح التشريعات اللازمة ، وإعداد الدراسات بتنفيذ برامج عمل ورعاية وتأهيل المعاقين (عبد الله عبد الرحمن ، ١٩٩٤ ، ٩٨) .

الجزائر :

وبدأت محاولات الجزائر في هذا المجال عام ١٩٧٠ م ، حيث أقامت "رابطة تعاون المجتمع المحلي" مركزاً نهارياً صغيراً ، ولم يتكلف مبالغ مالية طائلة ، مكون من صفوف علاجية وروضة أطفال ، وصفوف دراسية خاصة بذوي الإعاقة الفكرية ، وكان لمشاركة أولياء الأمور مع الأخصائيين دوراً مهماً في إنشاء رابطة كان الهدف منها إقامة شبكة من المراكز المحلية ، وركزت هذه المراكز على رعاية ذوي الإعاقة الفكرية ، وتم تقديم خدمات من خلال الأخصائيين الإكلينيكيين المحليين المتدربين من وزارة الصحة من حيث التشخيص ، وتقديم المشورة للأهالي وأولياء والأمور (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ١٦-١٧) .

تعقيب :

ويمكن القول أن عقد الثمانينات يعتبر البداية الحقيقية والفعلية لرعاية ذوي الإعاقة الفكرية وغيرهم من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث كان عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعاقين . وقد تميزت هذه الفترة بالنظرية والتطبيق ، وبعبارة أخرى ظهرت الأسس العلمية لتربية ورعاية ذوي الإعاقة الفكرية ، كما ظهرت المؤسسات التربوية ذات الإمكانات والقدرات المناسبة والتي تقدم الرعاية لذوي الإعاقة الفكرية . ومنذ ذلك التاريخ انطلق مركب التربية الخاصة بسرعة كبيرة ببحوثه وتطبيقاته ومؤسساته لتقديم أفضل رعاية لذوي الإعاقة الفكرية .

المواثيق والاتفاقات الدولية في رعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية :

تعتبر قضية الحقوق والتشريعات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا التي أثارت اهتماما كبيرا لدى آبائهم وأمهاتهم وللإداريين والعاملين في مراكز التربية الخاصة والمؤسسات الأخرى ذات العلاقة ، وذلك بسبب الحقوق التي نالها الآباء

والأمهات والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جراء ظهور تلك الحقوق والتشريعات في الدول المختلفة وبسبب إرساء قواعد تنظيم العلاقات بين أطراف العملية التربوية لدى العاملين في مجال التربية الخاصة خاصة وأن القوانين التي ظهرت قد شملت مجموعة من الحقوق والتشريعات التربوية والاجتماعية والوظيفية ، حيث تعتبر تلك القوانين والتشريعات نقلة نوعية في مجال التربية الخاصة ، وخاصة في الدول التي ظهرت فيها القوانين والتشريعات والتي تعكس مدى الوعي والاهتمام بهذه الفئة من الأطفال من حيث حقوقهم المختلفة والتي عمل التشريع على المحافظة عليها وتنظيمها كما يعكس ظهور القوانين والتشريعات في الدول المختلفة والاتجاهات الإيجابية نحو فئات الأطفال غير العاديين الذين يشكلون نسبة تتراوح ما بين ٣٪- ١٧٪ في المجتمع (فاروق الروسان ، ١٩٩٧) .

وتفرض طبيعة المشكلات التي يعاني منها أفراد هذه الفئة أن نستخدم تعبير الحقوق ، لا تعبير الحقوق والواجبات ، ويقر المجتمع الإنساني أن تعبير الواجبات ينطبق بالكاد على أولئك الذين يعانون من إعاقة فكرية ، وإذا استخدم تعبير الواجبات في هذا السياق فإنه لا يخرج عن حدود الالتزام بالأعراف الاجتماعية السائدة التي تظل موضوعاً للتعلم المستمر دون الوصول إلى مرحلة المسؤولية الكاملة في أي وقت (صفوت فرج ، ١٩٩٢ ، ٤٢١) .

ويرجع تاريخ ظهور الاهتمام بالتشريعات والحقوق للمعوقين إلى منتصف هذا القرن حيث يرجع الفضل في ذلك إلى الهيئات الدولية والعربية التي نادت بضرورة حماية حقوق المعوقين وتأهيلهم إذ تبنت هيئة الأمم المتحدة United Nations والمنظمات الصادرة عنها مثل منظمة اليونسكو UNESCO ومنظمة العمل الدولية International Labor Organization (ILO) ومنظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) عدداً من القرارات التي تكفل حقوق المعاقين مثل القرار رقم ٣٠٩ لعام ١٩٥٠ والذي يتضمن اتخاذ الحكومات الإجراءات اللازمة لإصدار التشريعات الخاصة بالمعاقين .

وظهرت أول صياغة تشريعية ذات قيمة لحماية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية وهذه الصياغة هي قانون الإعاقة الفكرية عام ١٩١٣ ، والذي تأخر تطبيقه حتى انتهاء

عام ١٩٨١م عاما للمعاقين ، حيث صدر فيه ميثاق الثمانينات ، وذلك للاهتمام الجدي بمشكلة المعاقين في المجتمع ، كما اعتبر يوم ٩ ديسمبر من كل عام عيداً عالمياً للمعاق ، تحتفل فيه كل الدول بمشاركة الأجهزة الشعبية والحكومية في تكريم المعاق في هذا اليوم من كل عام (أمل هجرس ، ١٠٢ - ١٠٣) .

اتفاقية نيويورك لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة – الأمم المتحدة ٢٠٠٦ :

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة خلال دورتها الحادية والستون في ١٣ ديسمبر ٢٠٠٦ وسجلت الاتفاقية عدداً من المواد منها ما يلي :

المادة رقم ١ : وكانت لتحديد الغرض من الاتفاقية وهو تعزيز وحماية وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة .

المادة رقم ٢ : التعاريف اللازمة لأغراض الاتفاقية ؛ الاتصال ويشمل اللغات وعرض النصوص ، طريقة برايل ، الاتصال عن طريق اللمس وحروف الطباعة الكبيرة ، الوسائط المتعددة الميسورة الاستعمال ؛ فضلا عن أساليب ووسائل وأشكال الاتصال المعززة والبديلة الخطية والسمعية وباللغة المبسطة والقراءة بواسطة البشر ، بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات والاتصال الميسور الاستعمال ؛ التصميم العام ويعني المنتجات والبيئات والبرامج والخدمات لكي يستعملها جميع الناس بأكبر قدر ممكن دون حاجة إلى تكييف أو تصميم متخصص ، ولا يستبعد التصميم العام الأجهزة المعنية لفئات معينة من الأشخاص ذوي الإعاقة حيثما تكون الحاجة إليها .

المادة رقم ٣ : المبادئ العامة للاتفاقية وتشمل :

- عدم التمييز .
- كفالة مشاركة وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع .

- احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية .
- تكافؤ الفرص .
- إمكانية الوصول .
- المساواة بين الرجل والمرأة .
- احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم .

المادة رقم ٤ : الالتزامات العامة؛ تتعهد الدول الأطراف بكفالة وتعزيز إعمال كافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية إعمالاً تاماً لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة دون أي تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة .

المادة رقم ٥ : المساواة وعدم التمييز .

المادة رقم ٦ : النساء ذوات الإعاقة؛ تقر الدول الأطراف بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز ، وأنها ستتخذ في هذا الصدد التدابير اللازمة لضمان تمتعهن تمتعاً كاملاً على قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية ، وتتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الملائمة لكفالة التطور الكامل والتقدم والتمكين للمرأة بغرض ضمان ممارستها حقوق الإنسان والحريات المبينة في هذه الاتفاقية والتمتع بها .

المادة رقم ٧ : الأطفال ذوو الإعاقة؛ تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الضرورية لكفالة تمتع الأطفال ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وذلك على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال . وتحقيق أفضل مصلحة للطفل .... التعبير بحرية عن آرائهم في جميع المسائل التي تمسهم وتوفير المساعدة على ممارسة هذا الحق بما يتناسب مع إعاقتهم وسنهم .

المادة رقم ٨ : إذكاء الوعي ؛ تتعهد الدول الأطراف باعتماد تدابير فورية وفعالة وملائمة من أجل إذكاء الوعي ....

المادة رقم ٩ : إمكانية الوصول؛ لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش في استقلالية والمشاركة بشكل كامل في جميع جوانب الحياة تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوو الإعاقة على قدم المساواة مع غيرهم إلى البيئة المادية المحيطة ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات .... في المناطق الريفية والحضرية .

المادة رقم ١٠ : الحق في الحياة؛ تؤكد الدول الأطراف من جديد أن لكل إنسان الحق الأصيل في الحياة وتتخذ جميع التدابير الضرورية لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة فعلياً بهذا الحق على قدم المساواة مع الآخرين .

المادة رقم ١١ : حالات الخطر والطوارئ الإنسانية؛ تتعهد الدول الأطراف وفقا لمسؤوليتها الواردة في القانون الدولى الإنساني وكذلك القانون الدولي لحقوق الإنسان باتخاذ كافة التدابير الممكنة لضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يوجدون في حالات تتسم بالخطورة بما في ذلك حالات النزاع المسلح والطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية .

المادة رقم ١٢ : الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون ....

المادة رقم ١٣ : إمكانية اللجوء إلى القضاء .

المادة رقم ١٤ : حرية الشخص وأمنه .

المادة رقم ١٥ : عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهنية .

المادة رقم ١٦ : عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء .

المادة رقم ١٧ : حماية السلامة الشخصية ؛ لكل شخص ذي إعاقة الحق في احترام سلامته الشخصية والعقلية على قدم المساواة مع الآخرين .

المادة رقم ١٨ : حرية التنقل والجنسية ؛ تقر الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بحرية التنقل وحرية اختيار مكان إقامتهم والحصول على الجنسية ....

المادة رقم ١٩ : العيش المستقل والإدماج في المجتمع .

المادة رقم ٢٠ : التنقل الشخصي؛ تكفل الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة حرية التنقل بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية .

المادة رقم ٢١ : حرية التعبير والرأي والحصول على معلومات .

المادة رقم ٢٢ : احترام الخصوصية .

المادة رقم ٢٣ : احترام البيت والأسرة ؛ تتعهد الدول الأطراف باتخاذ التدابير الفعالة والمناسبة للقضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المسائل ذات الصلة بالزواج والأسرة والوالدية والعلاقات على قدم المساواة مع الآخرين .

المادة رقم ٢٤ : التعليم ؛ تسلم الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم ولإعمال هذا الحق دون تمييز وعلى أساس تكافؤ الفرص ، وتكفل نظاما تعلمياً جامعاً على جميع المستويات وتعلماً مدى الحياة .

المادة رقم ٢٥ : الصحة ؛ تعترف الدول الأطراف بأن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على مستوى الإعاقة ، وتتخذ كل التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل الصحي .

المادة رقم ٢٦ : التأهيل وإعادة التأهيل ....

المادة رقم ٢٧ : العمل والعمالة ؛ تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل على قدم المساواة مع الآخرين ، ويشمل ذلك إتاحة الفرصة لهم لكسب الرزق في عمل يختارونه أو يقبلونه بحرية في سوق العمل وبيئة عمل وتحمي إعمال الحق في العمل وتعززه وسن التشريعات ....

المادة رقم ٢٨ : مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية ....

المادة رقم ٢٩ : المشاركة في الحياة السياسية والعامة ؛ تضمن الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة الحقوق السياسية وفرصة التمتع بها على أساس المساواة مع الآخرين .

المادة رقم ٣٠ : المشاركة في الحياة الثقافية وأنشطة الترفيه والتسلية والأنشطة الرياضية .... الخ .

المادة رقم ٣١ : جمع الإحصاءات والبيانات ؛ تقوم الدول الأطراف بجمع المعلومات المناسبة بما في ذلك البيانات الإحصائية والبيانات المستخدمة في البحوث .... الخ

المادة رقم ٣٢ : التعاون الدولى؛ تسلم الدول الأطراف بأهمية التعاون الدولى وتعزيزه ، وتتخذ تدابير مناسبة وفعالة بهذا الصدد فيما بينها وحسب الاقتضاء ، في شراكة مع المنظمات الدولية والإقليمية ذات الصلة والمجتمع المدنى ولا سيما منظمات الأشخاص ذوى الإعاقة .... الخ

المادة رقم ٣٣ : التنفيذ والرصد على الصعيد الوطنى .

المادة رقم ٣٤ : اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ تنشأ لجنة معنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (يشار إليها باسم اللجنة) لتضطلع بتنفيذ المهام .

المادة رقم ٣٥ : تقارير الدول الأطراف؛ تقدم كل دولة طرف إلى اللجنة عن طريق الأمين العام للأمم المتحدة تقريراً شاملاً عن التدابير المتخذة لتنفيذ التزاماتها بموجب هذه الاتفاقية وعن التقدم المحرز في هذا الصدد ......

المادة رقم ٣٦ : النظر في التقارير؛ تنظر اللجنة في كل تقرير وتقدم ما تراه ملائماً من اقتراحات وتوصيات عامة بشأنه وتحيلها إلى الدولة الطرف المعنية .

المادة رقم ٣٧ : التعاون بين الدول الأطراف واللجنة ....

المادة رقم ٣٨ : علاقة اللجنة مع الهيئات الأخرى ....

المادة رقم ٣٩ : تقرير اللجنة؛ تقدم اللجنة كل سنتين تقارير عن أنشطتها إلى الجمعية العامة والمجلس الاقتصادى الاجتماعى ...

المادة رقم ٤٠ : مؤتمر الدول الأطراف؛ تجتمع الدول الأطرف بانتظام في مؤتمر للدول الأطرف بغية النظر في أى مسألة تتعلق بتطبيق هذه الاتفاقية .

المادة رقم ٤١ : الوديعة؛ يكون الأمين العام للأمم المتحدة وديع هذه الاتفاقية .

المادة رقم ٤٢ : التوقيع؛ يفتح باب التوقيع على هذه الاتفاقية لجميع الدول ولمنظمات التكامل الإقليمي في مقر الأمم المتحدة في نيويورك اعتبارا من ٣٠ مارس ٢٠٠٧.

المادة رقم ٤٣ : الرضا بالالتزام؛ تخص هذه المعاهدة لتصديق الدول الموقعة وللإقرار الرسمى من جانب منظمات التكامل الإقليمي الموقعة وتكون مفتوحة لانضمام أى دولة أو منظمة للتكامل الإقليمي لم توقع الاتفاقية .

المادة رقم ٤٤ : منظمات التكامل الإقليمي؛ يقصد "بمنظمات التكامل الإقليمي " منظمة تشكلها الدول ذات السيادة في منطقة ما وتنقل إليها الدول الأطرف الاختصاص فيما يتعلق بالمسائل التي تحكمها هذه الاتفاقية .

المادة رقم ٤٥ : بدء النفاذ؛ يبدأ نفاذ هذه الاتفاقية في اليوم الثلاثين الذي يلي تاريخ إيداع الصك العشرين للتصديق أو الانضمام .

المادة رقم ٤٦ : التحفظات؛ لا يجوز إبداء أى تحفظ يكون منافياً لموضوع هذه الاتفاقية وغرضها ، ويجوز سحب التحفظات في أى وقت .

المادة رقم ٤٧ : التعديلات؛ يجوز لأي دولة طرف أن تقترح تعديلات لهذه الاتفاقية وأن تقدمها إلى الأمين العام للأمم المتحدة . ويقوم الأمين بإبلاغ الدول الأطرف ....

المادة رقم ٤٨ : نقض الاتفاقية؛ يجوز لأى دولة طرف أن تنقض هذه الاتفاقية بإشعار خطى توجهه إلى الأمين العام للأمم المتحدة ، ويصبح هذا النقض نافذا بعد سنة واحدة من تاريخ تسلم الأمين العام ذلك الإشعار .

المادة رقم ٤٩ : الشكل الميسر للاطلاع؛ يتاح نص هذه الاتفاقية في أشكال يسهل الاطلاع عليها .

المادة رقم ٥٠ : حجية النصوص؛ تتساوى في الحجية النصوص الأسبانية والإنجليزية والروسية والعربية والفرنسية لهذه الاتفاقية .

العقد العربى للمعاقين وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ٢٠٠٤ - ٢٠١٣،

أقر مجلس جامعة الدول العربية مشروع العقد العربى لذوي الاحتياجات الخاصة ٢٠٠٤ - ٢٠١٣ ويهدف مشروع العقد العربى لذوي الاحتياجات الخاصة إلى ما يلى :

- تعزيز رؤية الشخص المعوق لنفسه وتثمين قدراته والعمل على تغيير نظرة المجتمع السلبية نحو الإعاقة .
- إدراج قضية الإعاقة واحتياجات الأشخاص المعوقين على سلم أولويات الحكومات وتوفير الاعتمادات اللازمة لها بما تكفل تحسين نوعية حياة الأشخاص المعوقين .
- دعم وتسهيل جمعيات الأشخاص المعوقين وعائلاتهم وأصدقائهم لضمان المشاركة الفعالة في رسم السياسات ووضع الخطط والبرامج للنهوض بالأشخاص المعوقين .
- إنشاء أو تفعيل أداء الجمعيات الأهلية واللجان أو المجالس أو الهيئات العليا المعنية بوضع ورسم السياسيات والخطط الوطنية للنهوض بأحوال الأشخاص المعوقين .
- إنشاء قاعدة بيانات عن الأشخاص المعوقين .
- تطوير وتحسين الخدمات والبرامج الحكومية والأهلية القائمة بما يضمن شموليتها لتلبي احتياجات الأشخاص المعوقين بمختلف إعاقاتهم .
- توحيد مصطلحات الإعاقة وتعريفها وتصنيفها .
- توفير التكنولوجيا لدعم برامج تشخيص وتدريب وتأهيل الأشخاص المعوقين .
- تقديم الدعم المادى والمعنوى للأشخاص المعوقين وأسرهم وتزويدهم بالمعلومات والتقنيات الحديثة اللازمة .
- إجراء الدراسات العلمية حول قضية الإعاقة وتأمين التمويل اللازم لها وتسليط الضوء على الإعاقات النمائية .
- تطوير مهارات وقدرات العاملين مع الأشخاص المعوقين وأسرهم في مجالات التأهيل التربوى والاجتماعى والنفسى والطبي والمهنى وتزويدهم بالخبرات والمعارف الحديثة .

- وضع الخطط والبرامج اللازمة لتحقيق الدمج الشامل للأشخاص المعوقين في المدارس العامة (العادية) وفى مواقع العمل والسكن والنوادى الاجتماعية والثقافية والعلمية والرياضية والمواقع العامة الأخرى .
- دعم وتشجيع الأشخاص المعوقين المؤهلين عند الترشيح لانتخابات المجالس البرلمانية والنيابية وعلى كافة المستويات .
- بناء المؤسسات الإيوائية واقتصارها على الأشخاص شديدى الإعاقة وذوي الظروف الاستثنائية حتى تنضج ظروف دمجهم في المجتمع .
- تشجيع المجتمعات المحلية على المشاركة في عمليات التأهيل ووضع الخطط والبرامج والإستراتجيات اللازمة لضمان وصول الخدمات الصحية والرعائية والتأهيلية الملائمة للأشخاص المعوقين في كافة أماكن تواجدهم وخاصة في المجتمعات الريفية والنائية .

وتضمن العقد عددا من المحاور منها ما يلي :

التشريعات : وتتضمن إصدار/ تفعيل وتطوير التشريعات التي تضمن حق الشخص المعاق في الدمج الاجتماعى والمساواة مع باقى فئات المجتمع .

الصحة : الوقاية من الإعاقة وتوفير الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية الشاملة للأشخاص المعوقين .

التعليم : ضمان فرص متكاملة للتربية والتعليم لجميع الأشخاص المعوقين منذ مرحلة الطفولة المبكرة ضمن جميع المؤسسات التربوية والتعليمية في صفوفها النظامية وفى مؤسسات خاصة في حالة عدم قدرتهم على الاندماج أو التحصيل المناسب .

التأهيل والعمل : تأهيل الأشخاص المعوقين وإعادة تأهيلهم في ضوء المستجدات العلمية والتكنولوجية واحتياجات سوق العمل بما يضمن فرص عمل متكافئة لهم .

التسهيلات والنقل : العمل على تأمين حق الشخص المعوق في تيسير سفره وتنقله والوصول إلى البلدان والأماكن والمرافق العامة دون عوائق .

الطفل المعوق : العمل على حصول الطفل المعوق على كافة الحقوق والخدمات بالتساوى مع أقرانه من الأطفال وإزالة جميع العقبات التي تحول دون تنفيذ ذلك .

المرأة : توعية الرأى العام بوضع المرأة المعوقة واحتياجاتها والعمل على تصحيح الاتجاهات السلبية حول قدراتها وإبراز ما تتمتع به من إمكانات تجعلها مساوية للآخرين .

المسن المعوق : تكثيف الجهود من أجل تشجيع المسنين المعوقين على الاستقلالية وتوفير فرص التأهيل وإعادة التأهيل لتمكينهم من المشاركة في المجتمع وتأمين الرعاية المناسبة لهم .

الإعلام والتوعية الاجتماعية : العمل على تغيير رؤية المجتمع نحو الإعاقة والابتعاد عن كل ما يقلل من شأن الأشخاص المعوقين في وسائل الإعلام المختلفة .

العولمة والفقر والإعاقة : التخفيف من الانعكاسات السلبية للعولمة على حياة الأشخاص المعوقين والتدخل في المناطق الفقيرة للحد من الإعاقات وتمكين الأشخاص المعوقين في هذه المناطق من رفع مستواهم الاقتصادي لتحسين واقع أسرهم .

الرياضة والترويح : تحقيق النمو الشامل للشخص المعوق من خلال إتاحة الفرص لممارسة الأنشطة الرياضية والترويحية التي تتميز بالمتعة والأمان ومناسبتها لقدراته وتهيئة الظروف أمامه لممارستها بشكل أساسى كأقرانه من غير المعوقين ما أمكن ذلك .

الجمعيات والمنظمات الدولية المهتمة برعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية :

ظهرت العديد من المؤسسات والجمعيات التي تقدم خدماتها في مجال الإعاقة الفكرية ، ومن هذه الجمعيات "الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية" ، وتعتبر من أقدم الجمعيات العالمية التي تهتم بالإعاقة الفكرية في العالم ، وتأسست في أمريكا عام ١٨٧٦ ، وتضم عضويتها عددا كبيرا من الأطباء وعلماء النفس ، والتربية الخاصة ، والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ، والآباء والمعلمين ، وتقدم هذه الجمعية خدماتها للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية والباحثين والمهتمين بالمجال من خلال المؤتمرات والندوات

المتخصصة في الإعاقة الفكرية ، ومن خلال إصدار المؤلفات والدوريات المتخصصة في هذا المجال ، وتعتبر إصدارات وتوصيات هذا الجمعية من الموضوعات التي تأخذ في الحسبان عند المختصين في الإعاقة الفكرية . وتم حديثا اعتبارًا من أول يناير ٢٠٠٧ تغير مسمي الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association of Mental Retardation، AAMR إلى مسمى آخر هو الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities، AAIDD وبناءً عليه تم تغيير مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation، MR إلى مصطلح الإعاقة الفكرية Intellectual Disabilities، ID ، وتم تغيير مسمى المجلة التي تصدر عنها من "المجلة الأمريكية للتخلف العقلي American Journal of Mental Retardation إلى مسمى "المجلة الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية" .

الفصل الثاني
تعريف الإعاقة الفكرية

- تعريف الإعاقة الفكرية .
- تعريفات الإعاقة الفكرية أحادية الجانب .
- تعريفات الإعاقة الفكرية المتعددة الجوانب .
- تعريفات الإعاقة الفكرية في ضوء الجمعيات والمنظمات .
- فئات متعددي الإعاقة .
- العمر الزمني لذوي الإعاقة الفكرية .
- العمر العقلي لذوي الإعاقة الفكرية .
- نسبة الإعاقة الفكرية .
- الإعاقة الفكرية وإشكالية المصطلح .

الفصل الثاني
تعريف الإعاقة الفكرية

نالت مشكلة الإعاقة الفكرية اهتماماً متزايداً على مستوى العالم لما تسببه فئة الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من آثار سواءً على المستوى الخاص داخل الأسرة أو على المستوى العام داخل المجتمع ، حيث يعد الشخص ذوي الإعاقة الفكرية عبئًا على الأسرة ، فهو يحتاج إلى رعاية خاصة تثقل إلى حد كبير كاهل الأسرة المادي والاجتماعي والنفسي .

وتعد الإعاقة الفكرية من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ يمكن النظر إليها على أنها مشكلة متعددة الجوانب ، فهي مشكلة طبية واجتماعية وقانونية وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلى جانب حاجة الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع ممثلاً في بعض مؤسساته المختلفة (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٧) .

ويجد المتأمل للإعاقة الفكرية كإحدى فئات التربية الخاصة أنها ظاهرة قديمة قدم البشر أنفسهم ، فالملاحظ أن الناس يتوزعون في صفاتهم وقدراتهم توزيعاً طبيعياً بين طرف تزداد فيه الصفة أو القدرة زيادة كبيرة ، وطرف آخر تنقص فيه الصفة أو القدرة نقصاناً كبيراً وفيما بين الطرفين يتوزع الناس توزيعاً اعتدالياً (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ١٧) .

تعريف الإعاقة الفكرية :

تعد مشكلة الإعاقة الفكرية من المشكلات المعروفة منذ فجر التاريخ ، وهي مشكلة اجتماعية لا يخلو مجتمع منها ، لذلك حظى موضوع الإعاقة الفكرية باهتمام الباحثين في مختلف فروع العلم ، وهذا ما أدى إلى وجود العديد من وجهات النظر العلمية التي تناولت كل ما يتعلق بالإعاقة الفكرية ، وفي مجال تحديد تعريف أو مفهوم للإعاقة الفكرية نجد هناك الاتجاه الطبي والتربوية والاجتماعي والنفسي ، كما أن المنظمات الدولية والجمعيات قد ساهمت في ذلك بجهد كبير . ونعرض في الفقرات التالية أمثلة لهذه الاتجاهات .

تعريفات الإعاقة الفكرية أحادية الجانب :

تم تناول تعريف الإعاقة الفكرية من عدة زوايا أحادية الجانب فهناك التعريف الطبي ، والذي يعتبر أول مفهوم للإعاقة الفكرية تلاه التعريف السيكومتري والتعريف الاجتماعي ثم التعريف التربوي .

التعريف الطبي للإعاقة الفكرية :

يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بدراسة الإعاقة الفكرية ، فاهتم الأطباء بدراسة الإعاقة الفكرية من الناحية الطبية ، فقاموا بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المراكز العصبية قبل أو بعد أو أثناء الولادة والذي يتضمن إصابة مراكز مثل : مركز الإحساس ، مركز السمع ، مركز الشم ، مركز البصر ، مركز الكتابة ، مركز القراءة .... ، والذي يترتب عليه تعطيل الوظائف المرتبطة بكل مركز من المراكز العصبية ، فإصابة مركز الإبصار مثلاً يترتب عليه عدم قدرة العين على الإبصار ، إذ يعتبر الجهاز العصبي المركزي مسؤول عن كل العمليات والأنشطة التي يقوم بها الإنسان ، ففي عام ١٩٠٠ قام Ireland بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المراكز العصبية ، وفي عام ١٩٠٨ قام Tredgold بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى عدم اكتمال عمر الدماغ (Macimillan , 1977 , 33) .

ويهتم المجال الطبي بالإعاقة الفكرية من حيث أن التشخيص يبدأ بدراسة الخصائص البيولوجية للتعرف على مشكلة الإعاقة الفكرية (عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ٥٩) .

وتتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الفكرية ، وخاصة الأسباب التي تؤدى إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System (CNS) ، وخاصة القشرة الدماغية Cortex والتي تتضمن مراكز : الكلام ، والعمليات العقلية ، والتآزر البصري الحركي ، الإحساس ، القراءة ، السمع .... الخ ، حيث تؤدى تلك الأسباب إلى تلف في الدماغ Brain Damage أو المراكز المشار إليها ، وبالتالي تعطيل الوظيفة المرتبطة بها ، وعلى سبيل المثال : قد تؤدى الأسباب إلى إصابة مركز الكلام بالتلف ويترتب على تعطيل الوظيفة المرتبطة بها بذلك المركز ، وهكذا بالنسبة لبقية المراكز (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ١٥) .

وقدم التراث العديد من التعريفات التي تؤيد وجهة النظر الطبية مثل : تعريف "تردجولد (١٩٣٧) Tredgold " ، حيث عرّف الإعاقة الفكرية بأنها : حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي أو استكمال ذلك النمو (عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ٥٩) .

وعرف "Jervis" عام ١٩٥٢ الإعاقة الفكرية بأنها حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين (طارق عبد الرؤوف ، وربيع عبد الرؤوف ، ٢٠٠٨ ، ٢٠ – ٢١) .

ويرى " سميث " أن الإعاقة الفكرية إحدى أنواع الاضطرابات النمائية فهي : حالة تظهر مبكراً في الفرد ، وتكون ذات تأثير مستديم طوال الحياة ، وتستمر مع نمو الفرد حيث ينخفض الأداء الوظيفي العقلي بكافة فئاته (Smith , 1993 ,3) .

وتعرف الإعاقة الفكرية من المنظور الطبي بأنها : ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدى إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، ويؤدى بالتالي إلى نقص في المستوى العام في النمو ، وعدم اكتماله في بعض جوانبه ، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب ، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٦٨) .

ويرى (1952) Benoit أن الإعاقة الفكرية ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محددات داخلية في الفرد ، أو عن عوامل خارجية ، بحيث تؤدى إلى نقص في القدرة العامة للنمو وفى التكامل الإدراكي والفهم ، وبالتالي التكيف مع البيئة (فاروق صادق ، ١٩٧٨ ، ١٨ – ١٩) .

وتعرف الإعاقة الفكرية طبياً بأنها : حالة عدم تكامل ونضج العقل ، ويولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية ، تؤدى إلى توقف أنسجة المخ ، أو تؤثر في الجهاز العصبي وينتج عنها نقص في الذكاء ولا تسمح للفرد بحياة مستقلة (أحمد عكاشة ، ١٩٨٠ ، ٣٩١) .

ويرى محمد عبد المؤمن (١٩٨٦ ، ١٣٩) أن الإعاقة الفكرية هي : حالة تأخر أو تخلف ترجع أسبابها إلى مراحل النمو الأولى ، فقد يُولد الطفل مزوداً بها ، وقد تحدث له في سن مبكرة نتيجة لأسباب مرضية .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : حالة من الضعف في الوظيفة العقلية ناتجة عن سوء التغذية ، أو مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي (خولة يحي ، وماجدة عبيدة ، ٢٠٠٥ ، ١٥) .

وبناءً على ما سبق يشمل التعريف الطبي للإعاقة الفكرية وصف الحالة وأعراضها وأسبابها ، وقد وُجهت انتقادات لهذا التعريف تتمثل في صعوبة وصف الإعاقة الفكرية بطريقة رقمية تعبر عن مستوى الذكاء . فقد يصف الطبيب حالة الطفل من ذوي متلازمة داون ، ويذكر مظاهر تلك الحالة من الناحية الفسيولوجية ، ويذكر الأسباب المؤدية إليها ، ولكنه لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة ، بسبب صعوبة استخدام الطبيب لمقياس ما من مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينيه للذكاء أو مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ١٦ - ١٧) .

التعريف السيكومتري :

ظهر التعريف السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المفهوم الطبي للإعاقة الفكرية حيث لم يقدم التعريف الطبي وصفاً للقدرة العقلية للمعاقين فكرياً ، حيث ركز على الجانب الطبي في الكشف عن حالات الإعاقة الفكرية على الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية ، هذا بالرغم من وجود بعض حالات الإعاقة الفكرية لا ترجع إلى أسباب طبية ، فضلاً عن تطور حركة القياس النفسي حيث ظهر أول مقياس[1] لقياس القدرة العقلية على يد "ألفرد بينيه" عام ١٩٠٥ ، وتلاه عدد كبير من المقاييس والاختبارات التي تقيس القدرة العقلية ، والتي قدمت وصفاً دقيقاً للقدرة العقلية .

وأصبح الاهتمام يركز على الخصائص العقلية والنفسية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء , Intelligence Quotient I . Q . كمحك في تعريف الإعاقة الفكرية ، واعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ درجة معاقين فكرياً على منحى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية . وقد اعتبرت

(١) مقياس ستانفورد - بينيه .

نسبة الذكاء المعيار الوحيد في تصنيف الأفراد إلى المعاقين فكرياً أم لا ، حيث اعتبرت الدرجة ٧٠ حداً فاصلاً بين الأطفال معاقين فكرياً وغيرهم (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ١٧) .

وتبعاً لهذا الاتجاه يعرف Wallin (1949) الفرد المعاق فكرياً بأنه : هو الذي يخفق في الأداء على الاختبارات النفسيه المقننة في الحصول على نسبة ذكاء أو العمر العقلي عند مستوى معين . ويرى " زيجلر Zigler (1973) أن الخاصية الرئيسة للمعاق فكرياً هي ذكاء أدنى من ذلك الذي يظهرهُ العدد المتوالي لمجموعة مرجعية مناسبة (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٩- ٤٠) .

التعريف الاجتماعي للإعاقة الفكرية :

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة الفكرية نظرا للانتقادات التي وُجهت إلى مقاييس الذكاء ، حيث اُتهمت مقاييس الذكاء بالتحيز الثقافي والعرقي والاجتماعي ، كما وُجهت انتقادات إلى ثبات وصدق مقاييس الذكاء ، وأدت هذه الانتقادات إلى ظهور بعض المقاييس التي تقيس السلوك الاجتماعي ، أي مدى استجابة الفرد لمتطلبات المجتمع ومدى تفاعله ومن هذه المقاييس مقاييس السلوك التكيفي Adaptive Behavior Scales .

وقدم التراث السيكولوجي العديد من التعريفات التي تؤيد وجهة النظر الاجتماعية مثل : تعريف Doll ، والذي أشار إلى الإعاقة الفكرية على أنها نقص في الكفاية الاجتماعية مرده إلى عوامل وراثية وأخرى مكتسبة (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٢٤) .

وقدمت لجنة النقص العقلي بإنجلترا [1] المؤسسة عام ١٩٢٣ تعريفاً اجتماعياً للإعاقة الفكرية . فكان يُعتقد أن ذوي الإعاقة الفكرية هم الذين لم يتمكنوا من التكيف اجتماعياً مع بيئاتهم ، ويحتاجون إلى الرعاية الخارجية ، والإشراف ، والضبط (Oakland & Harrison , 2008 ,7) .

وقدم لنا التراث تعريفا آخر "لتردجولد[2]" يمكن وصفه كتعريف اجتماعي للإعاقة الفكرية ، حيث يرى أن الإعاقة الفكرية هي : حالة عدم اكتمال النمو العقلي

---

(1) the Mental Deficiency Committee of England

(٢) حيث قدم لنا التراث تعريف آخر طبي لتردجولد تم تضمينه في التعريف الطبي للإعاقة الفكرية .

بحيث لا يستطيع الفرد التكيف مع نفسه ، ومع بيئته من حوله (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٢٥) .

التعريف التربوي للإعاقة الفكرية :

ركز أصحاب هذا الاتجاه على الجانب التربوي والتعليمي للفرد ، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية هم : الأفراد الذين يعانون من انخفاض في القدرة على التعلم والتحصيل عن أقرانهم في نفس العمر .

ويشير اصطلاح القابلية للتعليم Educability إلى مستوى أدنى من التعلم في المجالات الأكاديمية ، والاجتماعية ، والمهنية (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٨) .

فيرى "مروفين Morvin" أن الإعاقة الفكرية تشير إلى عدم القدرة على التعلم في الفصول العادية (لطفي أحمد ، ١٩٨١ أ ، ٢٥) .

وتصف "كرستين انجرام" عام ١٩٥٣ "الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي ، وتقع نسبة ذكائه بين ٥٠ – ٧٥ ، بمصطلح" بطيء التعلم "Slow Learner" ، وهؤلاء الأطفال يشكلون حوالي ١٨٪ – ٢٠٪ من طلاب المدارس (عبد العظيم مرسي ، ١٩٩١ ، ١٩) .

وتعرف الإعاقة الفكرية تربوياً بأنها : حالة لا يستجيب فيها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية استجابات صحيحة للمنهج الدراسي القائم ، والذين يستجيبون استجابات صحيحة عندما يعالج تأخرهم الدراسي (فؤاد البهي ، ١٩٧٢ ، ٤٨٥) .

ويعرف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بأنهم : الأطفال الذين يبدون تخلفاً عاماً في التعلم عند مقارنتهم بأقرانهم من نفس العمر (فتحي عبد الرحيم ، وحليم بشاي ، ١٩٨٨ ، ٦٧) .

وترى زينب شقير (٢٠٠٢ ، ٢٥٠) أن الطفل المعاق فكرياً هو : ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي ، وفى نفس العمر الزمني .

تعريفات الإعاقة الفكرية المتعددة الجوانب :

ظهرت العديد من الانتقادات التي وجهت للتعريفات السابقة ، حيث أن موضوع الإعاقة الفكرية موضوع كبير متعدد الجوانب ، والحكم على الفرد بأنه معاق

فكرياً يتبعه العديد من الموضوعات منها : تحويل مسار الفرد من فرد عادي إلى فرد معاق فكرياً ، وما يترتب عليه من تغيير في حياة الفرد ، وما يتبع ذلك من ضغوط متنوعة تثقل كاهل الأسرة ، فضلاً عن صدمة الأسرة بابنها المعاق ، وحيث كانت وجهات النظر السابقة وجهات أحادية ، حيث ركز الاتجاه الطبي على الأسباب الطبية التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية بالرغم من أن هناك بعض حالات الإعاقة الفكرية لا ترجع إلى أسباب طبية .

وركز أصحاب التوجه السيكومتري على نسبة الذكاء ، مع أن نسبة الذكاء ليست المعيار الوحيد في تحديد كفاءة الشخص ، وأن نسبة الذكاء تمثل جانبا واحدا من جوانب الشخصية ، وأصحاب الاتجاه الاجتماعي ركزوا على المعيار الاجتماعي واعتبروا أن فشل الفرد في التفاعل الاجتماعي إعاقة فكرية ، وهذا يمثل جانبا من جوانب الشخصية . وتعدد الانتقادات التي وُجهت إلى الاتجاهات السابقة أدى إلى ظهور المفاهيم المتعددة الجوانب والتي تطورت إلى أن ظهرت المفاهيم التي تنظر إلى الإعاقة الفكرية نظرة كلية .

وقدم التراث السيكولوجي العديد من المفاهيم التي تنظر إلى الإعاقة الفكرية نظرة أوسع من النظرة الأحادية الأولى . فيشير مصطلح الإعاقة الفكرية إلى انخفاض القدرة العقلية عن المستوى العادي أو المتوسط ، ويشير إلى أن هذا الانخفاض يرتبط عادة بعدم قدرة الفرد على التكيف مع البيئة المحيطة به ، لذا فالشخص المعاق فكرياً هو الذي يكون معدل ذكاءه أقل من ٧٠ درجة ، بالإضافة إلى سوء تكيفه ، وعدم قدرته على التوافق ، وقصور مهاراته الاجتماعية (عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ٥٨٨) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : توقف نمو الذهن قبل اكتمال نضوجه ، ويحدث ذلك قبل سن الثانية عشرة لعوامل فطرية بيئية ، ويصاحبُ سلوك توافقي سيء (أحمد يونس ، ومصري حنورة ، ١٩٩١ ، ٨٤) .

وعرفتها "مايزرال وآخرون (١٩٩١) Maieseral , et al . بأنها تتحدد وفقا للفاصل الزمني في تشخيص الحالة على أنها إعاقة فكرية وفقاً لشروط حددتها ببدء ظهور الحالة سواءً منذ الولادة أو في سن مبكرة ، وتظل كذلك حتى بلوغ سن الرشد

وبعده ، بحيث يظل الفرد معاق فكرياً دون الأفراد الأسوياء من حيث القدرة العقلية والكفاءة الاجتماعية والمهنية ، فلا يستطيع أن يُسيّر أموره بمفرده ، وترجع إعاقته الفكرية في الأصل إلى عوامل تكوينية وراثية أو نتيجة للإصابة بمرض ، وهى حالة مستعصية بالضرورة ولا تقبل للشفاء (رشا أحمد ، ١٩٩٩ ، ٢٤) .

وترى الجمعية الأمريكية لقضايا الإعاقة الفكرية (١٩٩٢) أنه من الضروري بصورة حاسمة أن يكون لدى الطفل المعاق فكرياً جوانب نقص واضحة في السلوك التكيف ، بالإضافة إلى كونه أقل من المتوسط بصورة واضحة في الوظائف العقلية حتى يدرج في هذه الفئة ، كما حددت الجمعية مجالات المهارات المتضمنة في سلوك التكيف على النحو التالي : التواصل ، والعناية بالنفس ، والمعيشة في منزل "إدارته وترتيبه" ، والمهارات الاجتماعية ، والتفاعل مع الجماعة ، وتوجيه الذات ، والصحة والسلامة (رونالد كولاروسو وكولين أوروك ، ٢٠٠٠ ، ١٢١) .

ويرى كلاً من عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢ ، ٢٨٨) أن الإعاقة الفكرية هو مصطلح يُستخدم على نحو واسع ، ويُشير إلى أداء ذهني عام أقل من المتوسط بدرجة دالة بحيث تظهر خلال الفترة النمائية ، كما يصاحبه في نفس الوقت قصور في السلوك التكيفي ، وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر إلى اعتبار الفرد معاق فكرياً إذا بلغت نسبة ذكائه ٧٠ درجة أو أقل وإذا بدا قصوره واضحاً في التكيف أو القدرة على التفاعل الاجتماعي .

ويُعرف الفرد المعاق فكرياً بأنه : الفرد الذي يعاني نتيجة عوامل وراثية خلقية أو بيئية عكسية من قصور جسمي أو عقلي يترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو ذاتية تحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية أو الجسمية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح (صفوت فرج ، ٢٠٠٢ ، ١٣) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : عجز في الكفاءة العقلية ، يعوق الفرد عن تعلم واكتساب أنواع السلوك ، والعادات التي تساعد على التكيف مع البيئة (انتصار يونس ، ١٩٩٣ ، ٤١٦) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : نقص الذكاء الذي ينشأ عن نقص التعلم والتكيف مع البيئة ، ويبدأ ذلك قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر ، ومعدل ذكائهم ٧٠ درجة كحد أعلى ، لأن أغلب الناس الذين يقل معدل ذكائهم عن ٧٠ درجة تكون قدرتهم

التكيفية محدودة ، ويحتاجون إلى رعاية وحماية خاصة في سنوات الدراسة (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٧٢) .

ويعرف نادر فهمي (٢٠٠٠ ، ١٩) الإعاقة الفكرية بأنها : "نقص في درجة ذكاء الفرد ، ويكون غالباً موروثاً مما يؤدي إلى توقف نمو خلايا الدماغ ، ويشير أيضاً إلى عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله" .

وتشير سهير شاش (٢٠٠٢ ، ٣٧) إلى أن الإعاقة الفكرية هى "حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي يُولد بها الطفل أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو فيزيقية ، وتتضح آثار عدم اكتمال النمو العقلي في مستوى أداء الطفل في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق الاجتماعي ، بحيث ينحرف مستوى الأداء العقلي عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين" .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : إعاقة فكرية تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية وتُقاس هذه الإعاقة في الأساس بالأداء الوظيفي العقلي متمثلاً في نسبة الذكاء وما ينتج عنها ، ويقاس الأداء الوظيفي التكيفي من خلال اختبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية (عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٤ ، ٩٠٠) .

وتُعرف بأنها : قصور في الأداء الراهن للفرد يُولد مزودا به ، ويحدث قبل سن الثامنة عشر من العمر لأسباب وراثية أو بيئية أو هما معاً ، ونستدل عليه من انخفاض دال في الأداء الوظيفي العقلي العام عن المتوسط بدرجة دالة ، ويتلازم معه قصور في السلوك التكيفي (منير حسن ، والسيد الشربيني ، ٢٠٠٤) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : اضطراب عام يتميز بالقصور الوظيفي العقلي دون المتوسط ، ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في واحدة أو أكثر من مهارات السلوك التكيفي ويحدث قبل سن ١٨ سنة (Demirel ,2010) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : نقص في الحد الأدنى من الذكاء العام اللازم لحياة الفرد الكبير الراشد حياة مستقلة ، والعجز عن الاستفادة من الحياة المدرسية أو المهنية أو الاجتماعية ، فلا يستطيع الفرد أن يؤدى وظائفه إلا في إطار بيئة توفر له المأوى

والحماية ، وإذا كان الشخص ضعيف العقل يعيش في وسط بيئة اجتماعية صالحة تقدم له العون والمساعدة فإنه يستطيع أن يتكيف ، مما يخفف من وطأة مشكلته (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٧ ، ١٣) .

وتشير الإعاقة الفكرية إلى قصور دال في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية ، وتظهر في انخفاض دال عن المتوسط في وظائف القدرات المعرفية مصحوب بقصور في المهارات التكيفية - التواصل - الرعاية الذاتية (لويس مليكة ، ١٩٩٨ ، ٨) .

وتعرف بأنها : توقف أو عدم اكتمال تطور ونضوج العقل مما يؤدي إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية ضد المخاطر أو الاستقلال (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٧٩) .

وهي : حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي ، وتظهر قبل سن الثانية عشر من العمر ، ويتوقف العقل فيها عن النمو قبل اكتماله ، وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معاً ، ويستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط في المجتمع ، ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنها (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢١) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : حالة نقص أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يُولد بها الفرد ، وتحدث في سن مبكرة نتيجة عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على ضعف أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق في حدود انحرافين معياريين سالبين (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٣٣٨) .

وتعرف الإعاقة الفكرية بأنها : انخفاض في القدرة العقلية الوظيفية أقل من المتوسط ، يصاحبها العجز في السلوك التكيفي ، وتحدث قبل عمر ١٨ سنة Jewell، (et .al . , 2009) .

تعريف الإعاقة الفكرية في ضوء الجمعيات والمنظمات العالمية :

تحولت الجهود المبذولة لرعاية الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في العصور الماضية إلى جهود المنظمات والجمعيات الدولية والمحلية في العصر الحديث ، وحاولت هذه الجهات من خلال أعضائها المختصين تقديم العديد من الجهود في مجال الإعاقة الفكرية حتى تتمكن من تقديم الخدمات اللازمة لهذه الفئة بدقة ، بحيث تصل الخدمات إلى مستحقيها من ذوي الإعاقة الفكرية بالفعل ، وبدأت هذه الجهات بالتحديد الدقيق لتعريف أو مفهوم الإعاقة الفكرية ، ونعرض هنا لبعض هذه الجهود في تعريفهم للإعاقة الفكرية :

الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية [1] (AAIDD) :

قدمت الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية حوالي ١٠ تعريفات للإعاقة الفكرية ، وقد تغير التركيز في هذه التعريفات من مجرد وصف حالة عدم الكفاءة إلى وصف القدرات بالإضافة إلى عجز ذوي الإعاقة الفكرية في مختلف سياقات الحياة اليومية . وهذا التطور في التعريفات صاحبه تطور في المصطلحات المستخدمة لوصف هؤلاء الأفراد بحيث تكون أقل وصمة ، وأقل تحقيراً .

فركز التعريفين الأوليين للجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية على الضعف المعرفي المرتبط بالإعاقة الفكرية ، وتعريفها الثالث كان تعريف "دول Doll" (1937, 1953) والذي ركز على عدم كفاءة الظروف الاجتماعية . وتبنت الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية تعريف "هيبر Heber " عام ١٩٥٩ ليكون تعريفها الخامس ، وتعديله عام ١٩٦١ ليكون تعريفها السادس . وكان تعريف " هيبر " تعريفاً مطوراً للإعاقة الفكرية حيث أكد التعريف على النواحي العقلية والاجتماعية للإعاقة الفكرية . فهو تعريف مطور جداً عن التعريفات السابقة للإعاقة الفكرية ، وعن التعريفات التي كانت متاحة في تلك الفترة .

وينص تعريف "هيبر" على أن الإعاقة الفكرية تتمثل في مستوى الأداء الوظيفي

(1) American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد ، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦ سنة (فاروق الروسان ، ٢٠٠٧ ، ١٥٢) .

وتتمثل الإعاقة الفكرية عند "هيبر" في النقاط الآتية :

- انخفاض نسبة الذكاء بمقدار واحد انحراف معياري عن العاديين .
- رأى أن الحد الفاصل بين العاديين والمعاقين فكرياً هو حصول الفرد المعاق على نسبة ذكاء أقل من ٨٤ أو ٨٥ على مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر .
- نسبة المعاقين فكرياً هي ١٥.٨٧٪ .
- سقف العمر النمائي هو ١٦ سنة .

ويمثل تعريف "جروسمان" عام ١٩٧٣ التعريف السابع للجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية ، وهو تعديل أو امتداد للتعريف السادس ، كما يرى المحللون ، وظهر هذا التعريف نظراً للانتقادات التي وُجهت إلى تعريف "هيبر" وكان من أهم الانتقادات أن نسبة المعاقين فكرياً وصلت عند "هيبر" إلى ١٦٪ ، وهذه نسبة مرتفعة جداً إذا أضفنا إليها نسبة الإعاقات الأخرى .

وينص تعريف "جروسمان" أن المعاق فكرياً هو فرد يعاني من نقص في القدرة العقلية العامة بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط على أي اختبار فردي ، ويصاحب بقصور في السلوك التكيفي للفرد ، ويحدث خلال فترة النمو ، أي خلال الثمانية عشر عاماً الأولى من حياته (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٧٨) .

وتتمثل الإعاقة الفكرية عند "جروسمان" في النقاط الآتية :

- انخفاض نسبة الذكاء بمقدار اثنين انحراف معياري عن العاديين
- رأى أن الحد الفاصل بين العاديين والمعاقين فكرياً هو حصول الفرد المعاق على نسبة ذكاء أقل من ٦٩ أو ٧٠ على مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر .
- نسبة المعاقين فكرياً هي ٢.٧٧٪ .
- سقف العمر النمائي هو ١٨ سنة .

ولاقى تعريف "جروسمان" قبولاً بين المهتمين بهذا المجال ، كما تبنت الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية تعريف "جروسمان" تعريفاً لها قرابة عشرين عاماً (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٧٨) .

وكان التعريف الثامن للجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية في عام ١٩٨٣ ، والذي استمر في تركيزه على تقييم السلوكيات التكيفية وعرض وجهات نظر جديدة للصفات المرتبطة بالسلوك التكيفي تتمثل في المحددات الدالة في الفاعلية الفردية لتلبية معايير النضج ، والتعلم ، والاستقلال الشخصي ، أو المسؤوليات الاجتماعية والتي تكون متوقعة لأقرانه من نفس المستوى العمري له أو لها ، أو متوقعة من نفس المجموعة الثقافية .

وكان التعريف التاسع للجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية عام ١٩٩٢ ، والذي شدد على أهمية المهارات التكيفية ، وليس فقط في السلوكيات التكيفية . فالإعاقة الفكرية تشير إلى قيود كبيرة في الأداء الحالي ، وتتميز بالأداء العقلي دون المتوسط بشكل ملحوظ ، والذي يحدث متزامناً مع القصور في اثنين أو أكثر من مهارات السلوك التكيفي التالية : التواصل ، الرعاية الذاتية ، الحياة المنزلية ، المهارات الاجتماعية ، الإفادة من المجتمع ، التوجيه الذاتي ، الصحة والأمان ، المهارات الأكاديمية الوظيفية ، وقت الفراغ ، والعمل . وتظهر الإعاقة الفكرية قبل سن ١٨ سنة .

والتعريف حدد أربعة مستويات للدعم ، تتمثل في الدعم المتقطع ، والمحدود ، وواسع النطاق ، والمنتشر ، والتي قد يحتاج إليهم ذوي الإعاقة الفكرية .

وينص تعريف ١٩٩٢ على أن الإعاقة الفكرية هى" حالة تتميز بعجز جوهري في الأداء الراهن للفرد ، وانخفاض في الأداء العقلي عن المتوسط بدرجة دالة ، ويوجد متلازما مع جوانب عجز في اثنين أو أكثر من المهارات التكيفية التالية : التواصل ، الرعاية الشخصية ، الحياة المنزلية ، المهارات الاجتماعية ، الاستفادة من المجتمع ، التوجه الذاتي ، الجوانب الأكاديمية الوظيفية ، وقت الفراغ ، والعمل ، والصحة والسلامة ، وتحدث الإعاقة الفكرية أثناء فترة النمو قبل سن الثامنة عشر (AAIDD ,1992 , 21) .

وكان تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية العاشر عام ٢٠٠٢ ، والذي يُعّرف الإعاقة الفكرية بأنها عجز يتصف بقصور دال في كل من الوظيفة العقلية وفي السلوك التكيفي ، كما يعبر عنها في مجالات التكيف المفاهيمية والاجتماعية والعملية ، وهذا العجز قد يحدث قبل سن ١٨ سنة (AAIDD , 2002 , 1) .

وأصدرت الجمعية الامريكية للإعاقات النمائية والفكرية تعريفها الحادي عشر للإعاقة الفكرية في ٢٠١٠ ، وبناءً عليه تم تعريف الإعاقة الفكرية بأنها إعاقة تتصف بقصور في كل من الوظيفية العقلية والسلوك التكيفي ، والذي يغطي العديد من المهارات الاجتماعية والعملية اليومية ، وتحدث قبل عمر ١٨ سنة (AAIDD ,2010) .

وتم تعريف السلوك التكيفي بأنه مجموعة من المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي يتعلمها الناس ويؤدونها في حياتهم اليومية . وتشمل المهارات المفاهيمية اللغة التعبيرية والاستقبالية والقراءة والكتابة والتوجيه الذاتي . وتشمل المهارات الاجتماعية : المهارات البينشخصية والمسؤولية الاجتماعية وتقدير الذات ، وحل المشكلة الاجتماعية ، والقدرة على اتباع القواعد والقوانين وتجنب الوقوع كضحية . وتشمل المهارات العملية أنشطة الحياة اليومية (الرعاية الذاتية) ، المهارات المهنية ، الرعاية الصحية ، السفر والتنقل ، الجداول الزمنية والروتين ، والقدرة على اتباع قواعد / إطاعة القوانين ولتجنب الوقوع ضحية ، السلامة ، استخدام النقود ، استخدام التليفون .

الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA :

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدلة الصادر عام ١٩٨٧ . أن المعاقين فكرياً وظيفتهم العقلية العامة أقل من المتوسط بشكل بواضح والذي يؤدي إلى أو يرتبط بالقصور في السلوك التكيفي ، والذين يتم تقييمهم قبل سن ١٨ سنة (APA ,III ,R ,1987) .

وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها D .S .M .IV ,1994 إلى أن مصطلح الإعاقة الفكرية يعبر عن انخفاض ملحوظ دون المستوى العادي في الوظائف العقلية العامة يكون مصحوباً بانخفاض ملحوظ في الوظائف التكيفية ومن ثم فإن هذا التعريف يتطلب استيفاء المحكات التالية لتشخيص الحالة على أنها إعاقة فكرية : -

- أداء ذهني وظيفي دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ أو أقل على اختبار ذكاء يطبق فرديا .

- عيوب أو جوانب قصور مصاحبة للأداء التكيفي الراهن في اثنين على الأقل من المجالات التالية : التواصل ، استخدام إمكانات المجتمع ، والتوجيه الذاتي ، المهارات الأكاديمية الوظيفية ، العمل ، الفراغ ، الصحة ، السلامة والتكيف مع متطلبات المواقف والحياة الاجتماعية .
- يحدث ذلك قبل سن ١٨ سنة (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٥١) .

وتم تعريف الإعاقة الفكرية في الجمعية الأميركية للطب النفسي في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (الطبعة الخامسة DSM--5, 2013) بأنها اضطراب (اضطراب نمائي عقلي Intellectual Developmental Disorder) يحدث خلال الفترة النمائية والذي يتضمن عجز في الوظيفية العقلية والتكيفية والتي تشمل المجالات المفاهيمية والاجتماعية والعملية . ويحدث العجز العقلي والتكيفي أثناء الفترة النمائية . والعجز في الوظائف العقلية مثل : السبب **reasoning** ، حل المشكلة problem solving ، التخطيط planning ، التفكير المجرد abstract **thinking** ، الحكم **judgment** ، التعلم الأكاديمي **academic learning** ، التعلم من الخبرة **learning from experience** ، والتي يتم التحقق منها من خلال كلاً من التقييم الإكلينيكي **clinical assessment** واختبار الذكاء الفردي والمعياري .

منظمة الصحة العالمية :

تعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة الفكرية بأنها : حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله ، ويتميز بشكل خاص باختلال في المهارات التي تظهر أثناء دورة النمو وتؤثر في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية ، وتحدث الإعاقة الفكرية مع أو بدون اضطراب نفسي أو جنسي آخر (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ٢٣٨-٢٣٩) .

الجمعية الملكية البريطانية للطب النفسي :

عرفت الجمعية الملكية البريطانية للطب النفسي (١٩٧٥) الإعاقة الفكرية بأنها : حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة ، والصورة المعتادة هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء والتي يمكن أن تقاس بالطرق

السيكومترية تحت مسميات العمر العقلي ، ونسبة الذكاء ، وفي حالات أخرى فإن العقل الغير نامي قد يظهر أساساً في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط معتاد على العواطف أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٥) .

اللجنة الرئاسية للإعاقة الفكرية ١٩٦٢ :

أسس هذه اللجنة الرئيس الأمريكي "كينيدي" ، وترى هذه اللجنة أن المعاقين فكرياً لديهم قصور جوهري في مقدرتهم على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (محروش الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٧) .

تعليق :

سوف يظل مفهوم الإعاقة الفكرية في حالة تطور مستمر متأثراً بنظرة المجتمع واتجاهاته ، بالإضافة إلى كفاءة أساليب وأدوات التشخيص المتاحة والمعروفة الطبية والنفسية والتربوية والتأهيلية (لويس مليكة ، ١٩٩٨ ، ٦) .

وتظل البحوث والدراسات وأوجه الرعاية أيضا مستمرة طوال استمرارنا في الحياة ، فالإعاقة الفكرية قدراً محتوماً . فذرية آدم قد عُرفت فيهم الإعاقات قبل أن يُخلقوا ، وهذا ما يؤكده حديث النبي ﷺ حيث قال : "لما خلق الله آدم مسح على ظهره فسقط من ظهره كل نسمة هو خالقها إلى يوم القيام . . ثم عرضهم على آدم فقال : يا آدم هؤلاء ذريتك ، وإذا فيهم الأجذم ، والأبرص والأعمى ، وأنواع السقام ، فقال آدم : يا رب لم فعلت هذا بذريتي ؟ قال : كي تشكر نعمتي" . رواه ابن أبي حاتم (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣٠٤) .

فئات متعددي الإعاقة :

كشفت البحوث والدراسات والأطر النظرية أن هناك حالات تعدد إعاقة ؛ أي أنه يوجد بعض الأفراد مصابين بأكثر من إعاقة ، فقد وجدت "شيلا هويت" عام ١٩٧٠ عند دراستها لمائة وثمانين طفلاً مصاباً بالشلل المخي Cerebral Palsy أن نصف أفراد العينة مصابين بالإعاقة الفكرية أو يشتبه في كونهم مصابين بالإعاقة الفكرية . وقد أكدت أن حوالي ٦٣ من أفراد العينة معاق فكرياً بالفعل ، ونصف هؤلاء الأطفال كانوا مصابين بإعاقات جسمية شديدة . وبالإضافة إلى ذلك وجدت أن معظم الأطفال

المصابين بالإعاقة الفكرية كانت تنتابهم نوبات عصبية أكثر من الذين لم يكونوا مصابين بالإعاقة الفكرية وفي دراسة ثانية أجريت على مائتي مفحوص من الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى عشرين سنة الذين اختيروا من مستشفى المعاقين فكرياً في فرنسا تبين أن ٢٥٪ من أفراد مصابين بالتلف في بعض الحواس مثل فقدان السمع وكف البصر ، كما تبين أن ٥٠٪ منهم مصابين بداء الصرع . وفي دراسة أخرى تمت دراسة الإعاقة لدى مجموعة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ما بين التاسعة والحادية عشر ، فتبين أن ٢٥٪ منهم مصابين بأكثر من إعاقة ، وأن هناك بعض حالات الإعاقة الفكرية مصابين بإعاقات أخرى (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ١٨ – ١٩) .

ويبدو من هذا العرض لنتائج البحوث والدراسات السابقة أن هناك حالات إعاقة فكرية مصابة بإعاقات أخر ، وهو ما يطلق عليه مصطلح "متعدد الإعاقة" وبناءً على ما سبق يشمل مصطلح متعددي الإعاقة تلك الحالة التي تعانى من إعاقة ما وتصاحبها إعاقة أخرى أو أكثر . وفى حالة الإعاقة الفكرية قد تصاحب الإعاقة الفكرية إعاقات أخرى على النحو التالي :

- إعاقة فكرية وشلل دماغي .
- إعاقة فكرية وإعاقة حركية .
- إعاقة فكرية واضطرابات سلوكية شديدة .
- إعاقة فكرية وإعاقة سمعية .
- إعاقة فكرية وإعاقة بصرية .
- إعاقة الفكرية ومشكلات أخرى .

العمر الزمني Chronological age :

أشار "هيبر" في تعريفه للإعاقة الفكرية إلى أن الإعاقة الفكرية تحدث في الفترة النمائية ، والتي تمتد من الميلاد وحتى ١٦ سنة . ونظراً للانتقادات التي وجهت لتعريف "هيبر" قدم جروسمان تعريفاً آخر حدد فيه أن الإعاقة الفكرية تحدث في الفترة النمائية التي تمتد إلى ١٨ سنة .

وبناءً عليه تحدث الإعاقة الفكرية خلال الفترة النمائية ، والتي تنتهي عند عمر ثمانية عشرا عاماً ، ولا يمكن حدوث الإعاقة الفكرية بعد نهاية الفترة النمائية . وهذا

ما استقر عليه الغالبية العظمي من الباحثين والجمعيات والمنظمات والجهات المهتمة بالإعاقة الفكرية .

العمر العقلي Mental age :

يرجع الفضل إلى "بينيه" فهو أول من أدخل مفهوم العمر العقلي في قياس القدرة العقلية العامة ، وبناءً على اختبار "ستانفورد - بنيه" فإن العمر العقلي يساوي نسبة الذكاء في العمر الزمني على ١٠٠ ؛ فإذا كان طفل ما نسبة ذكاؤه ٧٥ وعمره ١٢ سنة ، فباستخدام المعادلة السابقة يكون عمره العقلي ٩ سنوات (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٢ ، ٣٩ - ٤٠) .

ويصعب على الطفل المعاق فكرياً أن يصل إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني ، كما أن معدل نموه العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي (عبد العظيم شحاتة ، ١٩٩١ ، ٤٥) .

فيتراوح العمر العقلي للطفل المعاق فكرياً القابل للتعليم مهما بلغ به السن ما بين ٧-١١ سنة تقريبًا ، وقد اتضح من خلال البحوث والدراسات السابقة أن النمو العقلي يسير بمعدل يتوازى مع العمر الزمني ، بالنسبة للطفل العادي . أما بالنسبة للطفل المعاق فكرياً فإن نموه العقلي يسير بمعدل أقل ، حيث ينمو عقلياً بما يعادل ثمانية أشهر أو أقل لكل سنة زمنية تمر من عمر الطفل ، ويعتبر الجانب العقلي المعرفي من أهم الجوانب التي تميز المعاقين فكرياً عن غيرهم من الأطفال العاديين ، فهو يؤثر في مستوى تحصيلهم الدراسي . ويتردد صداه في باقي جوانب الشخصية

. (Hallahan & Kauffman , 1998 , 95)

فالطفل المعاق فكرياً لا يصل إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني ، كما أن معدل نموه العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي (عبد العظيم مرسي ، ١٩٩١ ، ٤٥) .

ويشير كلاً من "هالجين وويت بورن" إلى أن نتائج تطبيق الاختبارات الخاصة بالذكاء اللفظي وغير اللفظي قد أثبتت أن العمر العقلي للمعاق فكرياً لا يزيد عن عشرة أو إحدى عشرة سنة عقلية ، ولا يؤهله ذلك للتحصيل الدراسي أكثر من الصف الخامس الابتدائي مهما بلغ من العمر الزمني . وبذلك يتأخر النمو العقلي

وتتدنى نسبة الذكاء بحيث تقل عن ٧٠ ، وكذلك العمليات العقلية الأخرى كضعف الذاكرة ، والانتباه ، والإدراك ، والقدرة على الفهم والقدرة على التركيز (Halgin & Whitbourne , 1997 , 373 ؛ السيد عبد النبي ، ٢٠٠٤ ، ٤٥) .

وتذكر سهى أمين (١٩٩٩ ، ١٧) أن الطفل المعاق فكرياً يكون معدل نموه العقلي ٨ شهور أو أقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة ، وعمره العقلي عندما يبلغ ١٨ سنة هو مستوى النمو العقلي عند الطفل العادي في سن ١٠ - ١١ سنة أو أقل ، أي أن النمو العقلي عند العاديين يقف في مستوى سن ١٦ - ١٨ سنة ، بينما يقف عند سن ١٠ سنوات في الإعاقة الفكرية البسيطة ، أما في الإعاقة الفكرية المتوسطة فتكون في سن ٧ أو ٨ سنوات .

نسبة الإعاقة الفكرية :

تعد الإعاقة الفكرية من المشكلات التي تحظى باهتمام فريق كبير من الباحثين في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية ، فضلاً عن المنظمات والهيئات الدولية ، وأدى هذا الاهتمام إلى وجود عدد كبير من الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة الإعاقة الفكرية ، وترتب على ذلك اختلاف نسبة المعاقين فكرياً من مجتمع إلى آخر .

وتشكل فئة المعاقين فكرياً النسبة الأكبر من بين نسب ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث أفادت تقارير منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية إلى أن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة تتراوح نسبتهم ما بين ١٠-١٢٪ من المجموع العام للسكان في أي مجتمع ، وتختلف هذه النسب حسب الفئة التي ينتمي إليها ؛ فتصل إلى ٣٪ للإعاقة الفكرية ، ومن الجدير بالذكر أن أيضاً ما يقرب من ٩٠٪ من فئة المعاقين فكرياً ينتمون إلى الإعاقة الفكرية البسيطة ، وهذا من رحمة الله سبحانه وتعالى (عبد العزيز الشخص ، ٢٠٠٧ ، ٩-١٠) .

وأكدت بعض الدراسات أن نسبة الإعاقة الفكرية في المجتمع تتراوح بين ٠٤٣,٠٪ -٧٪ تقريباً (أمل الهجرسي ، ٢٠٠٢ ، ١٤٢) . وأكدت دراسة أن نسبة انتشار الإعاقة الفكرية تصل إلى حوالي ٥,١٪ في الدول الغربية ، وقد تصل إلى حوالي ٤٪ في الدول النامية (Polder , et al ., 2002) .

وتتراوح نسبة الإعاقة الفكرية بين ٢٪ : ٣٪ ، وتصل النسبة في المجتمع الأمريكي ٥,٦ : ٥,٧ مليون في سنة الطفولة والمراهقة (Demirel ,2010).

وتشير تقارير حديثة إلى أن الإعاقة الفكرية تنتشر بنسبة ٧ ،٨ لكل ألف شخص في الولايات المتحدة الأمريكية (Jewell , et al . , 2009 , 39-40) .

وتختلف نسبة الإعاقة الفكرية باختلاف عدد من المتغيرات منها الآتي : -

١- الذكاء : يعتبر الذكاء من العوامل التي تؤثر على نسبة المعاقين فكرياً ، فكانت نسبة المعاقين فكرياً ١٦٪ عند "هيبر" عندما أشار إلى أن الإعاقة الفكرية تمثل انخفاضاً عن المتوسط بمقدار انحراف معياري واحد ، وانخفضت النسبة عندما أشار "جروسمان" إلى أن الإعاقة الفكرية تتمثل في الانخفاض عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين حيث كانت النسبة ٨٧,٢ ، وتختلف نسبة الإعاقة الفكرية باختلاف مقاييس الذكاء المستخدمة من حيث نوعه وطبيعته .
٢- السلوك التكيفي : يمثل معيار السلوك التكيفي من المعايير المهمة في تحديد حالات الإعاقة الفكرية وفي تحديد نسبة المعاقين فكرياً ، فإذا أضفنا شرط القصور في السلوك التكيفي إلى الشرط الأول وهو انخفاض نسبة الذكاء فإن نسبة الإعاقة الفكرية قد تقل لتصل إلى ١٪ تقريباً .
٣- العوامل الصحية : تؤثر العوامل الصحية في نسبة الإعاقة الفكرية حيث تزداد نسبة الإعاقة الفكرية نظراً للقصور في التوعية الصحية وفي الخدمات الصحية المقدمة للحوامل ، وسوء استخدام العقاقير والأدوية من قبل أفراد المجتمع ، وإهمال الفحوص الطبية لراغبي الزواج ، وعدم متابعة الحالة الصحية للأطفال في الفترة النمائية .
٤- العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية : تمثل العوامل الثقافية والاجتماعية متغيراً مهماً يؤثر في تحديد نسبة الإعاقة الفكرية ، حيث تعمل بعض العوامل الثقافية الاجتماعية على زيادة نسبة الإعاقة الفكرية ، وتتمثل هذه العوامل في زواج الأقارب ، واستخدام الحوامل لبعض الوصفات الشعبية أثناء الحمل ، والاعتماد في الولادة على بعض القابلات "الدايات" التي ينتج عنها حالات ولادة خاطئة .

وأشار مركز البحوث بجامعة أريزونا الأمريكية عام ١٩٨٢ إلى أن نسبة المعاقين فكرياً في مجتمعات البيض ذات المستوى الاقتصادي المرتفع لم تتعد ٣٪ ، بينما وصلت إلى ضعف هذه النسبة بين السكان المهاجرين من المكسيك للعمل في الحقول الزراعية (علا عبد الباقي ، ١٩٩٣ ، ٢٥) . ويشير هذا التقرير أن نسبة الإعاقة الفكرية تزداد كلما انخفض المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي ، وتقل هذه النسبة كلما ارتفع المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي .

٥- العمر : تبين من المسوح التي تمت في مجال الإعاقة الفكرية أن نسبة المعاقين فكرياً تتضح بصورة أكبر في المرحلة العمرية بين ١٠ - ١٤ سنة ، وقد يرجع ذلك إلى أن هذه السن هي مرحلة التعليم الإجباري الذي تتضح فيه قدرات الأطفال العقلية .

٦- الجنس : تشير البحوث إلى أن عدد الذكور ذوى الإعاقة الفكرية يزيد عن عدد البنات الذين تم التعرف عليهم ، وقد يرجع ذلك إلى كثرة تعرضهم للعوامل الخارجية المؤثرة في نموهم العقلي ، كما قد يرجع إلى عوامل ثقافية (فاروق صادق ، ١٩٧٩ ، ١٤٠ - ١٤١) . واعتبارات اجتماعية ، حيث أن بعض الآباء وخاصة في البيئات العربية يشعرون بالحرج لوجود طفل معاق فكرياً في الأسرة ، وخاصة البنات ، وذلك لاعتبارات اجتماعية أيضا .

وتوصلت دراسة Krishnasubha , et al . (2010) إلى أن نسبة انتشار الإعاقة الفكرية في المجتمعات الحضرية أكثر انتشاراً من المجتمعات الريفية .

وتعكس هذه النتيجة التوجهات النظرية ونتائج بعض البحوث والدراسات السابقة ، حيث تشير إلى أن المجتمعات الحضرية أكثر وعياً وثقافةً ، كما أن إمكانات الرعاية الصحية والمجتمعية والتعليمية قد تكون أقل في المجتمعات الريفية .

وتفسير آخر قد يساند النتيجة السابقة أن المجتمعات الحضرية قد انتشرت فيها المصانع وكثرة السيارات والمخلفات مما تترتب عليه انتشار عوادم السيارات بما فيها مواد سامة قد تؤثر على الحوامل في الحضر ، كما أن مجتمع الحضر قد يعاني من كثرة الضغوط التي فرضتها عليه المدنية الحديثة ، وأن الريف ما زال بطبيعته البسيطة ، فالهواء نقي ، وبساطة الحياة قد يجعلها أقل تعرضاً للضغوط التي يتعرض لها الحضر ، كما أن

أنتشار وسائل الإعلام عمل على نشر الثقافة في كل مكان ، كما أن المستوى التعليمي قد ارتفع بمعدلات كثيرة في الريف عن الفترة السابقة ، وكل هذه العوامل قد تجعل من الريف مناخ صحي ملائم للحوامل .

الإعاقة الفكرية واشكالية المصطلح :

يستخدم مصطلح الإعاقة الفكرية كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته ، وأن التراث السيكولوجي يتضمن العديد من المصطلحات التي استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل ، مثل : التخلف العقلي Mental Retardation ، الضعف العقلي Deficiency Mental ، والإعاقة العقلية Mental Handicap ، والمستوى دون العادي Mental Subnormality ، وانعدام العقل أو قصور نموه Amentia ، وصغر العقل أو قلته Oligopherenia أو للدلالة على فئة بعينها من فئات الإعاقة الفكرية ودرجاتها ؛ كالمورون Moron ، أو ضعف العقل Feeble-mindedness ، والبلهاء Imbecile ، والمعتوهين Idiot (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢٠٣) .

وتمت محاولات وجهود كبيرة - وما زالت - لتحديد تعريف متفق عليه للإعاقة الفكرية ، ولكن هذا المجال يواجه صعوبات كبيرة ، قد ترجع للعديد من الأسباب ، ومن هذه الأسباب أن الإعاقة الفكرية موضوع يجمع بين تخصصات المعلم المختلفة ، فضلاً عن كون الإعاقة الفكرية متلازمة فريدة لا تشابهها متلازمة أخرى أو أي مرض ، فبالتالي يواجه الباحثون صعوبات كبيرة في وضع تعريف دقيق للإعاقة الفكرية .

ويرى كمال مرسى (١٩٩٩) أن مشكلة تعدد المفاهيم واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة يرجع إلى ظروف الترجمة من الإنجليزية إلى العربية فبعض الباحثين ترجمها ترجمة حرفية والبعض ترجمها بحسب مضمونها واختلفوا في تحديد هذا المضمون ، فقد استخدموا مصطلحات بدون عقل Amentia ، نقص العقل Mental deficiency ، التأخر العقلي Mental Subnormality فهذه المصطلحات تعتبر مرتبة من مراتب الإعاقة الفكرية ، ولا يصح تسمية الكل باسم أحد أجزائه لهذا نفضل مصطلح الإعاقة العقلية لأنه أعم وأشمل في المعنى .

ويميل الاتجاه الحديث في التربية الخاصة إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلية ، وتبدو مبررات استخدام ذلك المصطلح مرتبطة باتجاهات الأفراد نحو الإعاقة العقلية وتغييرها نحو الإيجابية ، إذ يعبر مصطلح الإعاقة العقلية عن اتجاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة ، في حين تعبر المصطلحات القديمة ، أو غيرها عن اتجاه سلبي نحو هذه الفئة كما أن أنظمة التصنيف والتسمية ذات أثر فعال وكبير على الحياة اليومية للأفراد منخفضي الذكاء (فاروق الروسان ، ١٩٩٩ ؛ عبد العزيز السرطاوي ، عبد العزيز أيوب ، ٢٠٠٠) .

وانتقد كمال مرسي (١٩٩٩) مصطلحات القصور العقلي ، والضعف العقلي ، والتأخر العقلي ، والنقص العقلي كوصف للإعاقة الفكرية ، تلك المصطلحات الشائعة في البيئات العربية . باعتبارها لا تقدم الوصف الصحيح المناسب لمتلازمة الإعاقة الفكرية . وفضل مصطلح الإعاقة العقلية باعتباره المصطلح العربي المناسب والأقرب والأفضل لوصف متلازمة الإعاقة العقلية .

ونجد أن مصطلح الإعاقة العقلية وفئاتها الفرعية الحديثة (خفيف ، متوسط ، حاد) نال الهجوم والنقد من جانب الباحثين الذين استخدموا مصطلحات أخرى أقل إيذاء من وجهة نظرهم ، مثل قصور القدرة العقلية Intellectual Disability أو الإعاقة العقلية Handicap ، ويرى ترنت (١٩٩٤) Trent أن مصطلح الإعاقة العقلية الخفيفة Mild-MR ، والذي يمثل ثلاثة أرباع الأفراد المعاقين فكرياً يعتبر مصطلحاً حديثاً نسبياً (عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٢ ، ٢) .

ويرى ولش (٢٠٠٢) Walsh أن مصطلح التخلف العقلي بمعنى Mental Retardation ليس معبراً عن الإعاقة الفكرية لأننا نشير دائماً إلى السلوك التكيفي Adaptive Behavior مع الإعاقة الفكرية عند وصف الفرد المعاق فكرياً ، ومع ذلك مصطلح Mental Retardation لا يشير إلى السلوك التكيفي ، لذلك فإن أفضل مصطلح للإعاقة الفكرية قد يكون التأخر المعرفي التكيفي Cognitive adaptive ، أو العجز المعرفي التكيفي Cognitive Adaptive Disability لأن التركيز يكون على السلوك التكيفي ، ويصبح الحديث هنا أسهل عن المهارات ، والقدرات ، والإمكانيات التكيفية .

ويرى عبد الرحمن سليمان (١٩٩٨ ، ٦٨) أن الباحث في مجال الإعاقة العقلية يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي يتداولها المتخصصون والعاملون في هذا الميدان ، واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة ، ويبدو أن مشكلة مصطلحات الإعاقة الفكرية في اللغة العربية مرتبطة بمشكلتها في اللغة الإنجليزية ، فقد استخدم الباحثون الإنجليز والأمريكان مصطلحات من قبيل بدون عقل Amanita وصغير العقل Olgophrenia ونقصان العقل Mental Deficiency وفى أواخر الخمسينات تخلوا عن هذه المصطلحات ، واستخدموا اصطلاح التخلف العقلي Mental Subnormality في المملكة المتحدة وبعض الدول الأوربية واصطلاح التأخر العقلي Mental Retardation في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا والدول الإسكندنافية . أما الباحثون العرب فقد استخدموا مصطلحات كثيرة منها القصور العقلي ، والنقص العقلي ، والضعف العقلي ، والتأخر العقلي ، والشذوذ العقلي ، والإعاقة العقلية؛ ويرجع هذا التعدد إلى ظروف ترجمة المصطلحات الإنجليزية ، فبعض الباحثين ترجمها ترجمة حرفية ، والبعض الآخر ترجمها بحسب مضمونها واختلفوا في تحديد هذا المضمون .

وتم حديثا اعتبارًا من أول يناير ٢٠٠٧ تغير مسمى الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association of Mental Retardation , AAMR إلى مسمى آخر هو : الجمعية الأمريكية للصعوبات العقلية والنمائية The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities , AAIDD وبناءً عليه تم تغيير مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation , MR إلى مصطلح الإعاقة الفكرية Intellectual Disabilities , Id ، وبناءً عليه تم تغيير مسمى المجلة التي تصدر عن الجمعية الأمريكية للتخلف "المجلة الأمريكية للتخلف العقلي American Journal of Mental Retardation .

وتم استخدام مصطلح الإعاقة الفكرية Intellectual Disabilities في العديد من الدوريات والمجلات العلمية الدولية على مستوى العالم كبديل لمصطلح التخلف العقلي Mental Retardation منذ ٢٠٠٥ أو قبل ذلك . وهناك دواعي كثيرة لتغير مصطلح التخلف العقلي ، ومن هذه الدواعي إزالة لوصمة العار التي يتضمنها مصطلح التخلف العقلي . واستجابة لرغبة الأسر في العديد من المنظمات لمحو أي كلمة تتعلق بالعجز

أو مؤشرات العجز . غير أن مصطلح Disabilities يتضمن الإشارة إلى العجز لذلك قد واجه هذا المصطلح العديد من الانتقادات في الدوائر العلمية لأنه لم يحقق الهدف من تغيير المصطلح . كما أن مصطلح Intellectual Disabilities لم يتبع نهج علم تصنيف الأمراض nosology approach ، وأن الإعاقة الفكرية ليست مرضا أو عجزا بل هي متلازمة متعددة meta syndrome أو syndrome grouping . وتشمل مجموعة غير متجانسة من الأعراض الإكلينيكية ، بدأ من الحالات الناتجة عن الوراثية ، وعن سوء التغذية ، وعن الأمراض المعدية ، ... وغيرها .

(Salvador-Carulla & Bertelli , 2008)

وظهر مصطلح Intellectual Disabilities في البيئة العربية وتمت ترجمته إلى العديد من المصطلحات مثل : الصعوبة العقلية ، والصعوبة الذهنية ، والصعوبة الفكرية ، غير أن كلمة صعوبة ليست ترجمة لكلمة Disability لأن الترجمة الصحيحة لها هي كلمة " عجز " ولهذا السبب واجه تغير مصطلح mental retardation إلى مصطلح Intellectual Disabilities هجوماً عنيفاً في بعض الدوائر العليمة الغربية .

ويفرق فاروق صادق (٢٠٠٤ ، ١٧-١٨) بين العجز Disability والإعاقة Handicap فيرى أن العجز Disability يوجد على مستوى الشخص في صورة درجات سواء كان عجز كلي كما في حالة كف البصر الكامل قبل سن ٥ سنوات ، أو عجز جزئي في حالة كف البصر الجزئي قبل أو بعد ٥ سنوات ، وكذلك حسب نسبة العجز النسبي في أي عضو من أعضاء الحركة ، أما الإعاقة Handicap فتعني أن أداء الفرد يمكن أن يكون دون أداء زملائه متأثراً " بحالته الحاضرة " ومن مجتمعه وهو نتيجة للعجز الظاهر أو الباطن .

ويبدو أن الترجمة العربية أو المصطلح الذي ظهر في البيئة العربية "الصعوبة العقلية أو الصعوبة الفكرية" هي تسمية مناسبة لأنها تتضمن إزالة وصمة العار التي تضمنها مصطلح mental retardation ، وكذلك إزالة صفة العجز من المصطلح . ويبقى مصطلح الصعوبة العقلية مناسبا لوصف فئة التخلف العقلي ، ولكن ليس ترجمة لمصطلح Intellectual Disabilities .

وقد ربط الباحثون في البيئة العربية بين مصطلح Disabilities كما هو موجود في مصطلح صعوبات التعلم learning Disabilities؛ ولكن حتى كلمة Disabilities في صعوبات التعلم تشير إلى العجز وليس الصعوبة .

وتعقيباً على ما سبق نرى أن مصطلح mental retardation أو مصطلح Intellectual Disabilities غير مناسبين لوصف هذه الفئة ، حيث أن هذه الفئة متعددة الجوانب من حيث التشخيص والتقييم ، ومن حيث التدخل وتقديم الخدمات ، فهي مشكلة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ، لذلك فنحن في حاجة إلى مصطلح يعبر عن كل هذه الجوانب ، وأيضا يرضي الآباء والمجتمع ، فالآباء يحتاجون إلى مصطلح لا يصف أبنائهم بالعجز أو الإعاقة أو غيرها من الألفاظ المنبوذة في المجتمع ، فهم يحتاجون إلى مصطلح فيه القبول والرضا سواء من المجتمع أو من أفراده .

وتحليلاً للأطر النظرية والبحوث والفلسفات المهتمة بالإعاقة الفكرية نقترح مصطلح "متلازمة الصعوبات التكيفية المعرفية" وترجمته باللغة الإنجليزية تكون مصطلح Cognitive Adaptive Difficults Syndrome ، ليصف الأفراد الذين يقل ذكاؤهم عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين ، ويصاحبه قصور في اثنين أو أكثر من مهارات السلوك التكيفي ، كما حددته الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية ليكون بديلا لمصطلح Intellectual Disabilities وأيضا يكون بديلاً لكل المصطلحات التي تصف هذه الفئة وذلك للأسباب الآتية :

- الإعاقة الفكرية متلازمة Syndrome لأنها تتضمن مجموعة غير متجانسة ، لا تعبر عن مرض أو اضطراب معين ، وليست ناتجة عن سبب محدد .
- وتتضمن الإعاقة الفكرية قصوراً في الجانب التكيفي Adaptive ، والسلوك التكيفي بناءً على تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية يشمل الجانب الاجتماعي والتربوي .
- وتتضمن الإعاقة الفكرية قصوراً في الجانب المعرفي Cognitive ، وهذا بدوره يشمل الذكاء والقدرات العقلية بصفة عامة .
- والإعاقة الفكرية بصفة عامة تعبر عن عجز أو قصور في الجانب المعرفي والتكيفي والتربوي يمكن التعبير عن هذا العجز أو القصور بمصطلح "صعوبة

difficult" ليكون أخف حدة من المصطلحات الأخرى التي وصفت هذه الفئة بالعجز أو التخلف .

واتفاقاً مع سبق قد يكون مناسباً لوصف هذه الفئة مصطلح "متلازمة الصعوبات التكيفية المعرفية Cognitive Adaptive difficults Syndrome" وبذلك يكون هذا المصطلح شاملاً لكل أبعاد هذه الفئة ، كما يرضي الآباء ، ويتفق مع الفلسفات الإنسانية التي تنظر إلى الكيان البشرى باعتباره عنصراً فريداً .

ويمكننا القول أن النظرة إلى الإعاقة الفكرية عبر عدة مراحل انتهت بها إلى الوضع الراهن فمن كونه شر إلى كونه مرض ، ومن كونه حالة ذات استقرار دائم إلى كونه حالة ذات مآل إيجابي ، ومن مرحلة الخوف والعقاب والإهمال إلى مرحلة الرعاية والحماية ، ومن العزل ومجرد الرعاية إلى التدريب والتأهيل . وأخيراً نجد أنفسنا على مشارف مرحلة جديدة ينطلق فيها المعاق فكرياً من العزل إلى الاندماج في المجتمع وتأكيد الحقوق المدنية ، والتحول من تمركز الخدمات إلى مرحلة انتشارها وسعيها للوصول إلى الطفل المعاق فكرياً في مجتمعه وبيئته ومشاركة الأسرة والمجتمع مشاركة إيجابية في التعلم الاجتماعي الأساسي المطلوب . وأخيراً من مرحلة التأهيل والتدريب إلى مرحلة الوقاية والاكتشاف المبكر واستخدام حقائق الوراثة ونشر الإرشاد الوراثي والطبي (صفوت فرج ، ١٩٩٢ ، ٤٢١) .

الفصـــل الثالث
تصنيف الإعاقة الفكرية

- التصنيف التربوي .
- التصنيف الاجتماعي .
- التصنيف السيكومتري .
- التصنيف الإكلينيكي .
- تصنيف الجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية .
- تصنيف الجمعية الأمريكية لعلم النفس .
- تصنيف على أساس توقيت الإصابة .
- تصنيف على أساس الأسباب .
- تصنيف تريد جولد .
- تصنيف يانت .
- تصنيف لوتيت .
- تصنيف كيرك .
- تصنيف ستراوس وليهتنين .

الفصـل الثالث
تصنيف الإعاقة الفكرية

يقصد بالتصنيف تلك العملية التي يمكن بها تقسيم مجموعة من الأفراد أو الأشياء بناءً على تشابهها أو اختلافها ، أو بناءً على خاصية معينة (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٥٩).

ويرى البعض أن هذا التصنيف قد يخلق بعضاً من المشكلات مثل : إعطاء الشخص المعاق لقباً سلبياً يلتصق به ، ويؤثر في نفسه ، وقد تكون هذه التصنيفات قوة ضاغطة تساعد على عزل هؤلاء الأشخاص عن المجتمع ، كما أن بعض التصنيفات لا تكون وثيقة الصلة بالعملية التعليمية أو التربوية ، وبعض التصنيفات ليست محددة بحدود دقيقة ؛ أي هناك تداخلاً في الإعاقات في الكثير من الأحيان ، حيث يكون من الصعب وضع طفل في مجموعة معينة ، وتميل التصنيفات إلى إلقاء اللوم على الطفل فقط ، وبصفة عامة استراتيجيات التربية الخاصة لم تكن مصممة لتلائم هذه التصنيفات ، وقد تكون هذه التصنيفات سبباً لرفض العاديين لأقرانهم المعاقين ، وقد يُساء استخدام تلك المسميات فتطلق على الأقليات ، هذا فضلاً عن الأثر السلبي الذي تتركه هذه التصنيفات على المعاق . وبالرغم من هذه كله فلا مناص أن هناك ضرورة وحاجة للتصنيف نظراً لما يحققه التصنيف من إيجابيات ، ومن إيجابيات التصنيف التي تجعله ضرورة لازمة ما يلي :

- يساعد التصنيف على وضع الأطفال في مجموعات متجانسة قدر الإمكان ليسهل بالتالي تقديم الخدمات التربوية اللازمة لهم ؛ أي أنها تساعد على الربط بين التشخيص وتقديم الرعاية اللازمة لهم .
- يعطى التصنيف كأساس للمزيد من البحوث والدراسات في البحث المرضى والوقاية ، وكذلك العلاج .
- يعطي التصنيف زخماً للجهود التطوعية التي تساهم في مثل هذه الأعمال ، وبدون تحديد الإعاقة فإنه من الصعب على المتطوع اختيار الفئة التي يفضل التعامل معها .

- يوفر التصنيف مسميات تساعد على الاتصال وتؤدي إلى تحسين البحث العلمي في المجالات التعليمية والتربوية .
- يساعد التصنيف على سن التشريعات والقوانين المتعلقة برعاية الفئات الخاصة .
- توفير نظام للتصنيف يجعل بالإمكان تحقيق درجة متزايدة من الدقة في التواصل ، وفي إجراء البحوث والدراسات ، وفي التخطيط للبرامج وتنفيذها (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨) .

ويهدف تصنيف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلى وضع كل مجموعة من الحالات في فئة تبعاً لما يجمع بينها من عوامل مشتركة ، ويهدف التصنيف أحياناً إلى تحديد نوع الخدمات اللازمة لكل مجموعة من الحالات وفقاً للأسباب والعوامل المؤدية إليه ، وأحياناً يكون التصنيف لأهداف تعليمية أو اجتماعية أو إكلينيكية (محمد إبراهيم ، ١٩٩٩) .

وتصنيف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في فئات معينة لا يعني الجمود والثبات ، بل يمكن من خلال التدريب والتعليم انتقال الطفل المعاق فكرياً من فئة أدنى إلى فئة أرقى ، وفى هذا الصدد يرى عبد المطلب القريطي (٢٠١١) أن الفئة التي يُدرج الطفل في نطاقها لا تمثل حكماً قاطعاً نهائياً ومستمراً عليه ، بل يُنظر إلى التصنيف على أنه تقسيم مرحلي مرن بحيث يسمح للطفل بالانتقال من فئة إلى أخرى بحسب مدى نموه وتحسن مستوى مهارته وتوافقه ونضوجه ، ووفقاً لما يتعرض له من عمليات تعليم وتدريب وتأهيل .

ويرى "درو وزملائه" (١٩٩٠) أن تصنيف الإعاقة الفكرية يتم بناءً على شدة الأعراض ، وأسباب الأعراض ، ووصف الزملات ، والسلوك التكيفي ، وتوقعات القابلية للتعليم ، والسلوكيات الظاهرة أو مظاهر السلوك (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

وشاركت في وضع تصنيفات الإعاقة الفكرية علوم متعددة منها علوم الطب وعلم النفس والقانون وكذلك الهيئات والمنظمات الدولية المهتمة بالإعاقة الفكرية ، وتعد التصنيفات التربوية والاجتماعية والسيكولوجية من أهم التصنيفات المعمول بها في مجال التربية وعلم النفس ، ونعرض لأهم التصنيفات التي ظهرت في هذا المجال في الصفحات التالية :

التصنيف التربوي Educational Classification :

تعتمد برامج التربية الخاصة أساساً على معاونة الطفل المعاق فكرياً حتى يصبح مواطناً صالحاً ، ومعتمداً على ذاته معتزاً بها ، ومساعدته على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي ، وذلك بطبيعة الحال في حدود ما تسمح به قدراته وفى ضوء خصائصه واحتياجاته الخاصة (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨) .

وتم وضع هذا التصنيف عام ١٩٦٤ من قبل " سكيوينبرجر Scheerenberger " ، وتصنف حالات الإعاقة الفكرية وفقاً لمتغير القدرة على التعليم إلى الفئات التالية :-

١. فئة العاديين الأغبياء Dull Normal :

يرى بعض المختصين مثل : Drewwtal , et al . (1990) إضافة فئة العاديين الأغبياء Dull Normal إلى التصنيف التربوي ، ويتراوح ذكاء هذه الفئة بين ٧٥ أو ٨٥ – ٩٠ ، ويكون أطفال هذه الفئة قادرين على التنافس في المدرسة في معظم المجالات فيما عدا المواد الأكاديمية الدقيقة فمعدلاتهم تحت المتوسط ، كما أن التوافق الاجتماعي لا يختلف عن سائر أفراد المجتمع رغم كونه في المستوى الأدنى ، وأن أداءه الوظيفي مناسب في المجالات غير التقنية ، ويمكن أن يعول (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

٢. القابلون للتعليم Educables :

وهم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة ، ويمثلون ٢.١٤٪ من إجمالي عدد السكان ، وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠ – ٧٠ ، وهم لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقاً للمعدلات والمناهج العادية ، إلا أنهم يمتلكون المقدرة على التعلم بدرجة ما إذا ما توافرت لهم خدمات تربوية خاصة تتفق وهذه المقدرة أو الاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمة ، وغالباً لا يستطيعون البدء في اكتساب مهارات القراءة والكتابة والهجاء قبل سن الثامنة ، وربما الحادية عشرة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

ويمثلون نسبة ٨٠٪ من ذوي الإعاقة الفكرية ، وهم قادرون على التعلم البطيء والحسي مع استيعاب كل منهم للمعلومات الخاصة عن جسمه وعلاقاته الأسرية وعلاقات الخبرة ، وهم يستطيعون تلقي التدريبات العملية في الحرف البسيطة ، وممارسة الرياضة البدنية والنشاط المدرسي المناسب للأطفال ، ويمكنهم معرفة الطريق

إلى المدرسة إذا كانت قريبة ولا تحتاج إلى مواصلات وفى استطاعتهم الاختيار بين أمرين أحدهما ضروري والآخر غير ضروري ، ويحتاجون إلى مداومة توجههم ، وتسديد خطئهم ، وعدم استثارتهم (محمود حمودة ، ١٩٩٨) .

٣. القابلون للتدريب Trainable :

وهم حالات الإعاقة الفكرية المتوسطة الذين يطلق عليهم البلهاء[1] ، ويمثلون حوالى١٣.٠٪ من إجمالي عدد السكان ، ويتراوح معدل ذكائهم بين ٢٥ – ٥٠ ، ويعانون من صعوبات شديدة تعجزهم عن التعلم ، اللهم إلا قدراً ضئيلاً جداً من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب ، إلا أنهم قابلون للتدريب على مهام العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية والأعمال اليدوية الخفيفة مما لا يستلزم مهارات فنية عالية ، وذلك تحت الإشراف الفني والتوجيه المهني في بيئات وورش محمية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

وتبلغ نسبتهم ١٢٪ من المعاقين فكرياً ، ويقابلون في العمر العقلي للبالغ منهم الطفل العادي من ٣ – ٦ سنوات ، وهم غير قابلين للتعليم النظري ، ولا إدراك العلاقات الاجتماعية ، ولكن يمكن تدريبيهم على الاستجابة لحاجاتهم البيولوجية ، والعناية بنظافتهم اليومية ، وارتداء ملابسهم وخلعها ، ولهم مراكز تأهيلية خاصة بهم تقوم برعايتهم وتأهيلهم إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم العقلية المحدودة ، ولا يمكن أن يسمح لهم بالاعتماد على أنفسهم أو مقاومة انفعالاتهم ذاتياً ، وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون تجاوز الصف الثاني في المرحلة الابتدائية حتى مع الإشراف والرعاية ، ويمكن تدريبيهم على المهارات المهنية غير المعقدة (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

٤. المعتمدون Custodial :

وهم حالات الإعاقة الفكرية الجسيمة أو المطبقة وأكثر مستوياته تدنياً وتدهوراً ، وتقل معاملات ذكائهم عن ٢٥ ، وكان يطلق عليهم المعتوهين ، ويقعون

(١) البلهاء في تصنيف لوتيت ، وفي تصنيف كيرك kirk يمثلون الفئة الثانية من فئات الإعاقة الفكرية ، حيث تتراوح نسبة ذكائهم بين ٢٥ – ٥٠ .

في نطاق ٠.١٣٪ من إجمالي عدد السكان عموماً ، وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار ، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم ، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية داخل مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية ، أو في محيط أسرهم الطبيعية إذا ما توافرت لهم ظروف الرعاية المناسبة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

وتعتبر هذه الفئة من المعاقين فكرياً غير قابلة للتعليم أو التدريب Untrainable ، وهم عاجزون كليا عن التحصيل ، أو العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار ؛ كما أنهم في حاجة دائمة إلى الإشراف والرعاية المتكاملة (محمد عبد المؤمن ، ١٩٨٦) .

وتبلغ نسبة انتشار هذه الفئة حوالي ١٪ ، ويعانون من قصور في المهارات الحركية ، وقصور في الكلام مقارنة بأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية ، ومقارنة بالعاديين ، ويحتاجون إلى رعاية مستمرة خاصة ، ويمكنهم تعلم الكلمات الوظيفية البسيطة ، ولكن غير قادرين على التعلم في المدارس العادية ، ولا في المدارس الخاصة بالإعاقة الفكرية .

التصنيف الاجتماعي :

يتم في هذا النوع تصنيف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في ضوء الكفاءة الاجتماعية ، حيث يعتبر غير كفء اجتماعياً ومهنياً ، ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية ، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة من الميلاد أو في سن مبكرة من النمو ، وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد ، وهي حالة غير قابلة للشفاء التام ، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي ، ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقران في مثل سنه ، وفي جماعته الثقافية (عادل محمد ، ٢٠٠٤) .

ويعتمد هذا التصنيف بمعنى آخر على فكرة التكيف الاجتماعي ، أو السلوك التكيفي ، ومدى قدرة الفرد في الاعتماد على نفسه في الحياة في أن يعمل مع الآخرين وينشئ أسرة ، ويقوم بواجبات المواطنة بطريقة مقبولة (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وتوجد فئات الإعاقة الفكرية تبعاً لهذا التصنيف في أربع فئات هي : -

١. **الإعاقة الفكرية البسيطة Mild :**

يرتبط القصور في السلوك التكيفي داخل هذه الفئة بما يلقاه الطفل من معاملة أسرية ومدرسيه ، والتوقعات المسبقة على استعداداته وسلوكه ، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل المتكررة والإحباط ، ومن ثم تكون الحاجة ماسة إلى ضرورة تفادى هذه المواقف وتحقيق التكافؤ بين ظروف ومطالب البيئة من ناحية وقدرات هؤلاء الأطفال من ناحية أخرى بما يساعدهم على التعلم واكتساب مشاعر الثقة والإنجاز قدر الإمكان ، ويلاحظ أن أطفال هذه المرحلة قابلون للتعليم ، ويمكن أن يفيدوا من البرامج التعليمية العادية ويحققوا استقلالاً شخصياً ، ويعولوا أنفسهم في المستقبل (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

ويرجع سبب الإعاقة الفكرية لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة إلى عدد من العوامل البيئية أو الطارئة ، وليس لأية عوامل بيو كيميائية أو جينية تؤثر في الأداء العقلي أو السلوك التوافقي ، وغالباً ما يتمكن أفراد هذه الفئة من التعليم النظامي ، والوصول إلى السنة السادسة أو السابعة من مرحلة التعليم الأساسي ، كما يمكنهم التدريب على عدد من الأعمال والمهارات التي تساعد على الاستقلال الاقتصادي المحدود (إلهام عبد القادر ، ٢٠٠٢) .

ويتوقف النمو العقلي لهؤلاء الأطفال عند مستوى الطفل العادي في سن ٧-١١ سنة تقريباً ، ومن الصفات الإكلينيكية لطفل هذه الفئة ضعف المحصول اللغوي ، مما يجعله يعبر بجمل قصيرة غير سليمة التركيب ، ويعاني من عيوب كثيرة في النطق مثل : الخنة وإبدال الحروف وعدم وضوح مخارجها ، ويستطيع التعامل بالعملة ولكنه يفشل في معرفة أسماء الأشهر والفصول ، ويستطيع تعلم القراءة والكتابة ومبادئ الحساب إلى مستوى الصف الخامس الابتدائي ، ولكن تعليمه بطيئاً ، فيدرس كل مستوى في سنتين أو ثلاثة ، ويمكن تدريبه على بعض المهن اليدوية التي تؤهله للحصول على عمل في المصانع والشركات والمؤسسات الحكومية والأهلية ، ويستطيع تحمل المسئولية تجاه نفسه وأسرته إذا وجد الرعاية المناسبة في سن مبكرة ، ويظل دائماً في حاجة إلى إرشاد وتوجيه الآخرين مدى الحياة (كمال مرسي ، ١٩٩٩) .

٢. الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate :

يعاني ذوو الإعاقة الفكرية المتوسطة من القصور في المظاهر النمائية ، ومع ذلك يمكن تدريبهم على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية ، والعناية بالنفس؛ كارتداء الملابس وخلعها وعادات النظافة والإخراج وتناول الطعام ، كما يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وممارسة مهن يدوية خفيفة ، وهم قادرون على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تسهم في تحسين تكيفهم الشخصي والاجتماعي في المنزل ومع جماعة الأقران وفي المجتمع .

٣. الإعاقة الفكرية الشديدة Severe :

فضلاً عما يعاني أطفال هذا المستوى من قصور في المظاهر النمائية فإن إعاقتهم الفكرية غالباً ما يصاحبها إعاقات جسمية أخرى ، وتأخر في النمو اللغوي والمهارات المركبة وعيوباً في النطق والكلام ، كما يعانون من القصور الشديد في الاستقلال الذاتي والعجز عن إصدار أحكام صحيحة أو اتخاذ القرارات ، ويمكن أن يتعلموا قليلاً من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس وتفادى الأخطار إلا أنهم في حاجة ماسة إلى الإشراف والرعاية شبه الكاملة في المؤسسات الإيوائية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

وتمثل هذه الفئة ٣٪ - ٤٪ تقريباً من المعاقين فكرياً ، وتتراوح نسبة ذكاءهم من٢٠ / ٢٥ – ٣٥ / ٤٠ ، وطفل هذه الفئة يعتمد على غيره كلية ، ولا يعرف اسمه ، ولا يستطيع أن يعبر عن نفسه بالكلام ويفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وضبط عمليات الإخراج ، ولديه قصور شديد في الاستقلال الذاتي ، ويعجز عن حماية النفس من الأخطار ولا يتحمل المسئوليات ، ولا تدل العلاقات الاجتماعية لديه على وجود ارتباطات عاطفية من الآخرين ، ويفشل في إدراك الزمان والمكان ، ويتسمون بقلة الاستفادة من الخبرات اليومية لذا نجد أطفال هذه الفئة في حاجة إلى الإشراف والرعاية الكاملة مع الآخرين مدى الحياة في المؤسسات الإيوائية المتخصصة ، ومع التدريب الاجتماعي يمكن أن يتعلموا قليلا من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس ، وتفادى الأخطار والأذى ، ويتوقف نموهم العقلي عند مستوى طفل في سن ثلاث سنوات (محروس الشناوي ، ١٩٩٧) .

٤. الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound :

يكاد تكون الإعاقة الفكرية في هذه الفئة مطبقة ، ويصاحبها تدهور في الحالة الصحية والتآزر الحركي والنمو الحاسي الحركي ، وقصور شديد في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام ، ومن ثم أساليب التواصل ، وما يترتب على ذلك كله من عجز ونقص واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية ، فهم في حاجة إلى الاعتماد المستمر على غيرهم طوال حياتهم ، ورعايتهم تماماً داخل مراكز علاجية خاصة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

٥. إعاقة فكرية غير محددة :

ويصنف هذا النوع ضمن حالات الإعاقة الفكرية ، ولكن المعلومات المتاحة غير كافية لتصنيف الفرد ضمن فئة من الفئات المذكورة ، وكذلك لعدم وجود علامات جسمية مميزة في جسم الطفل ، ولكنه يعاني من الإعاقة التي تتناوب شدتها حسب الحالة ، وتشمل هذه الفئة على نقص عقلي غير محدد (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

ويمكن تصنيف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلى أربعة مجموعات على أساس درجة تكيفهم وذلك على النحو التالي : -

- فئة الإعاقة الفكرية البسيطة وذلك عندما تنحصر نسبة التكيف ما بين ٨٤- ٧١.
- فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة وذلك عندما تنحصر نسبة التكيف ما بين ٧٠- ٥٨.
- فئة الإعاقة الفكرية الشديدة وذلك عندما تنحصر نسبة التكيف ما بين ٥٧- ٤٥.
- فئة الإعاقة الفكرية الشديدة جداً وذلك عندما تنحصر نسبة التكيف ما بين ٤٤ - أقل (عبد العزيز الشخص ، ٢٠٠٦ ، ١٧٩) .

التصنيف السيكومتري :

تعتمد فكرة التقسيمات السيكولوجية على استخدام نسبة الذكاء ، كما تقيسها اختبارات الذكاء المقننة ، كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة . فالذكاء يتوزع اعتدالياً بين الناس ، حيث أن الفرد متوسط الذكاء يحصل على ١٠٠ على اختبار

مقنن للذكاء ، مثل اختبار ستانفورد بينيه ، ومعظم الناس تقع نسبة ذكائهم في وسط المنحنى الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء ، بينما تقع فئة الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية على الطرف الأدنى من التوزيع أي ٧٠ فأقل (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وبناءً على ما سبق يعتمد أصحاب هذا الاتجاه على تصنيف فئات الإعاقة الفكرية تبعاً لدرجاتهم على أحد مقاييس الذكاء الفردية ، ومن أكثر المقاييس استخداماً مقياس وكسلر Wechsler ومقياس ستانفورد-بينيه Stanford-Binet ، وتنقسم حالات الإعاقة الفكرية تبعاً لهذا الاعتبار إلى أربع فئات تبعاً لتصنيف جروسمان عام ١٩٧٧ ، حيث يلقى هذا التصنيف قبولاً في الأوساط العلمية ، وهذه الفئات هي :-

جدول (١)

فئات الإعاقة الفكرية تبعاً لمتوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية على كل من مقياس ستانفورد - بينيه ، ومقياس وكسلر

الفئات	نسبة الذكاء	
	مقياس ستانفورد - بينيه م = ١٠٠ ، رع = ١٦	مقياس وكسلر م = ١٠٠ ، رع = ١٥
إعاقة فكرية بسيطة Mild	٥٢ - ٦٨	٥٥ - ٦٩
إعاقة فكرية متوسطة Moderate	٣٦ - ٥١	٤٠ - ٥٤
إعاقة فكرية شديدة Severe	٢٠ - ٣٥	٣٩ - ٢٥
إعاقة فكرية شديدة جداً Profound	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

(عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

وبين عادل محمد (٢٠٠٤) نسبة كل فئة من هذه الفئات على النحو التالي :

١. الإعاقة الفكرية البسيطة **Mild** : ويضم ٨٥٪ تقريباً من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .
٢. الإعاقة الفكرية المتوسطة **Moderate** : ويضم حوالي ١٠٪ تقريباً من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .
٣. الإعاقة الفكرية الشديدة **Severe** : ويضم حوالي ٣ - ٤٪ تقريباً من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .
٤. الإعاقة الفكرية الشديدة جداً **Profound** : ويضم حوالي ٣ - ٤٪ تقريباً من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

ويعتبر تصنيف هيبر Heber من أشهر التصنيفات السيكولوجية ، وقد تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية (١٩٥٩ - ١٩٦١ -١٩٦٦) ، ويتضمن خمسة مجموعات هي :

١. الإعاقة الفكرية على الحدود Borderline ، ونسبة ذكائهم ٦٨ - ٨٣ .
٢. الإعاقة الفكرية البسيطة Mild ، ونسبة ذكائهم ٥٢ - ٦٧ .
٣. الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate ، ونسبة ذكائهم ٣٦ - ٥١ .
٤. الإعاقة الفكرية الشديدة Sever ، ونسبة ذكائهم ٢٠ - ٣٥ .
٥. الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound ، ونسبة ذكائهم ١٩ - أدنى (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

التصنيف الإكلينيكي :

اعتبر الأطباء أن الإعاقة الفكرية عرضاً لمرض جسمي معين فإذا وُجد توقعوا أن يكون الشخص معاق فكرياً ، واعتقدوا أن كل سبب أو كل مجموعة من الأسباب المرضية المتشابهة تؤدي إلى نوع من معين من الإعاقة الفكرية مميزاً عن غيره من أنواع فئات الإعاقة الفكرية ، مما يعني أن الأشخاص الذين ترجع إعاقتهم الفكرية إلى علة واحدة أو علل متشابهة يكونون فئة من المعاقين فكرياً لهم خصائص جسمية ونفسية متشابهة ، تميزهم عن غيرهم من حالات الإعاقة الفكرية الأخرى ، ويفيد هذا

التصنيف في وضع برامج للمعاقين فكرياً يستهدف الوقاية من الأمراض والاضطرابات البيولوجية والفسيولوجية التي تسبب الإعاقة الفكرية (رشاد مرسي ، ٢٠٠٢) .

ويتضمن التصنيف على أساس النمط الإكلينيكي أو المظاهر الجسمية أو تبعاً للشكل العديد من الحالات مثل المتلازمات والأمراض الوراثية التي تتصف بالإعاقة الفكرية مثل متلازمة داون ، ومتلازمة صغر الدماغ ، وكبر الدماغ ، واستسقاء الدماغ .... وغيرها[1] .

تصنيف الجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية :

قدمت الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية تصنيفاً للإعاقة الفكرية تضمن عشرة فئات هي :

١. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض معدية **Infection diseases** مثل : الحصبة الألمانية ، والزهري ، خاصة إذا حدثت الإصابة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل .
٢. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض التسمم **Intoxia diseases** مثل "إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أول أكسيد الكربون" .
٣. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية **Physical truma** مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب .
٤. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض اضطراب التمثيل الغذائي **Disorder Metabolism Diseases** مثل حالات الفينيلكتيونيوريا Phenylketonuria والجلاكتوسيميا Galactosemia .
٥. إعاقة فكرية مرتبطة بخلل في الكروموسومات : مثل متلازمة داون .
٦. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض ناتجة عن أورام غريبة مثل الدرن .
٧. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض غير معروف سببها تحدث قبل الولادة .

---

(١) نعرض فصل كامل عن هذا التصنيف في الفصل السابع تحت عنوان " الأمراض الوراثية والمتلازمات "

٨. إعاقة فكرية مرتبطة باضطراب عقلي ، مثل : التوحد الطفولي "الاجترار الذهني الذاتي" .
٩. إعاقة فكرية مرتبطة بأمراض غير معروف سببها تحدث بعد الولادة .
١٠. إعاقة فكرية مرتبطة بأسباب غير عضوية : ناتج عن عوامل أسرية وثقافية "حرمان ثقافي أو بيئي" (كمال مرسى ، ١٩٩٩ ؛ رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨) .

تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي "D .S .M .-IV" :

يقع تصنيف الإعاقة الفكرية في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي لأمراض الاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٩٤ ضمن اضطرابات المحور الثاني (axis II) هو من الاضطرابات التي تبدأ خلال مرحلة المهد أو الطفولة . ويكون الأداء العقلي للطفل دون المتوسط ، حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالي ٧٠ أو أقل وذلك خلال سنوات النمو ، حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال في مثل سنه وفى جماعته الثقافية (عادل محمد ، ٢٠٠٠ ، ٤٣٣) .

وتم التصنيف الإعاقة الفكرية من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس في إصدارها الرابع "الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع" D .S .M .-IV إلى أربعة أنواع ، هي :

١. الإعاقة الفكرية البسيطة Mild :

تشكل هذه الفئة حوالي ٨٥٪ من السكان المعاقين فكرياً ، وأقل ما يقال عن هذه الفئة أن نطاق ذكائهم يقع بين ٥٠ حتى ٧٥ ، ويمكنهم الحصول على المهارات الأكاديمية في كثير من الأحيان إلى مستوى الصف السادس ، ويمكن أن تصبح هذه الفئة مكتفية ذاتياً إلى حد ما في بعض الحالات ، والعيش بصورة مستقلة ، من خلال الدعم الاجتماعي والمجتمعي .

٢. الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate :

تشكل هذه الفئة حوالي ١٠٪ من السكان المعاقين فكرياً ، ويتراوح ذكائهم من ٣٥ حتى ٥٥ ، ويمكنهم القيام بأعمال الرعاية الذاتية مع مهام الإشراف . ويكتسبون

مهارات الاتصال عادة في مرحلة الطفولة ، ويمكن لهذه الفئة أن تعيش ، وتعمل بنجاح داخل المجتمع في بيئة يشرف عليها المنزل .

٣. الإعاقة الفكرية الشديدة Severe :

تشكل هذه الفئة حوالي ٣-٤٪ من السكان المعاقين فكرياً ، وتتراوح نسبة ذكائهم من ٢٠-٤٠ ، ويقومون ببعض مهارات الرعاية الذاتية ، وبعض مهارات الاتصال ، ويمكن لأفراد هذه الفئة العيش في منزل جماعي .

٤. الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound :

تصنف هذه الفئة حوالي ١-٢٪ من السكان المعاقين فكرياً ، ومعدل ذكائهم أقل من ٢٠ -٢٥ ، ويُمكن لهذه الفئة أن تكون قادرة على تطوير مهارات الرعاية الذاتية الأساسية ومهارات الاتصال مع الدعم المناسب والتدريب ، ويرافق هؤلاء الأفراد اضطراب عصبي ، وهم بحاجة إلى مستوى عال من الإشراف .(Demirel ,2010)

وسبق أن أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تصنيفاً لها في الطبعة الثالثة المعدلة عام ١٩٨٧ على النحو التالي :

- فئة الإعاقة الفكرية البسيطة : وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين ٥٠/٥٥ – ٧٠ .
- فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة : وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين ٣٥/٤٠ – ٥٠/٥٥ .
- فئة الإعاقة الفكرية الشديدة : وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين ٢٠/٢٥ – ٣٥/٤٠.
- فئة الإعاقة الفكرية الحادة : وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين ٢٠/٢٥ فأقل . (APA ,III-R ,1987)

تصنيف على أساس توقيت الإصابة :

يعتمد هذا التصنيف على التوقيت الذي تمت فيه الإصابة بالإعاقة الفكرية . وتم التصنيف هنا إلى ثلاثة فئات هي :

١. إعاقة فكرية قبل الولادة :

وتشمل الحالات التي أصيبت بالإعاقة الفكرية قبل الولادة ، وقد ترجع أسباب هذه الحالات في معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثاراً مباشرة على الجنين ، من

خلال الموروثات والجينات التي تحمل كروموسومات الخلية التناسلية . وقد يرجع ذلك إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ، ومنها تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري أو الجدري أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو ضمور بالمخ أو إصابتها بالتسمم العضوي ، وخاصة خلال الشهور الأولى من الحمل ، إذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلفاً وضموراً في مخ الجنين ، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي ، ويعوق نموه . ويرى "يانيت" أن هذه العوامل تسبب ما يقرب من ٥٠٪ إلى ٧٥٪ من حالات الإعاقة الفكرية لأسباب جينية معينة ، وركز على الأسباب الفسيولوجية التي تؤدى إلى حالات الإعاقة الفكرية .

٢. **إعاقة فكرية أثناء الولادة :**

وتحدث بسبب حالات الولادة غير الطبيعية؛ كما هو الحال في الولادات المتعسرة ، حيث قد يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة نتيجة اضطرار الطبيب إلى استخدام الجفت أو الملاقط . وهذه الفئة تفسر لنا حوالي ٣٪ من مجموعة حالات الإعاقة الفكرية .

٣. **إعاقة فكرية بعد الولادة :**

يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث أو الصدمات الشديدة بالرأس مما قد يؤدى إلى إصابة الدماغ ، كما قد يتعرض لبعض الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية ، ومن أمثلتها الالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية أو الحمى القرمزية ، أو التهاب الدماغ ، أو الزهري ، أو الالتهاب الرئوي ، أو الحصبة ، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه ، وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية . وتمثل هذه الفئة حوالي ٦٪ من حالات الإعاقة الفكرية (زينب شقير ، ٢٠٠٠؛ عادل محمد ، ٢٠٠٤) .

تصنيف على أساس الأسباب :

ويتم التصنيف هنا تبعاً لعوامل داخلية وعوامل خارجية ، وهذا هو الأساس الذي يقوم عليه هذا التصنيف وهما :

١. **إعاقة فكرية داخلية أو أولية :**

تعرف الإعاقة الفكرية بأنها أولية أو داخلية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية؛ كما هو الحال في الشذوذ الكروموسومي للكروموسوم

المحدد للجنس Fragile X Chromosome أو الفينيلكينونوريا R K U (عادل محمد ، ٢٠٠٤) .

وتشمل هذه الفئة أيضاً حالات الإعاقة الفكرية الناتجة عن اضطراب الغدد الصماء كما في حالة القصاع أو القزامة التي يسببها نقص إفراز هرمون الغدد الدرقية ، كما تشمل هذه الفئة الحالات التي تسببها اضطرابات التمثيل الغذائي (أمل معوض ، ٢٠٠٢) .

٢. إعاقة فكرية خارجية أو ثانوية :

ويطلق على الإعاقة الفكرية أنها ثانوية أو خارجية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية؛ أي عوامل خارجية ، كما هو الحال في الإصابة بالأمراض التي يمكن أن تؤدى إلى الإعاقة الفكرية كالسحايا والزهري وغيرها ، أو التعرض للحرمان البيئي الشديد ، أو الصدمات الشديدة في الرأس خلال مرحلة الطفولة ، وتشمل الحالات التي يُعرف سببها الطبي ، وترجع إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب مثل استسقاء الدماغ ، وحالات القصاع .... وغيرها (عادل محمد ، ٢٠٠٤؛ زينب شقير ، ٢٠٠٠) .

تصنيف تريد جولد :

قدم "تريد جولد Tred Gold" تصنيفاً على أساس مصدر العلة ، ويعتبر من أقدم التصنيفات السببية Etiology حيث صنف الإعاقة الفكرية إلى الفئات التالية :-

١. إعاقة فكرية أولية **Primary** : وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي ترجع إلى أسباب أو عوامل وراثية .
٢. إعاقة فكرية ثانوية **Secondary** : وتشمل حالات الإعاقة الفكرية التي تعود أسبابها إلى عوامل بيئية؛ كالمرض ، أو الإصابات ، أو التشوهات الخلقية التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة .
٣. إعاقة فكرية مختلطة "وراثية وبيئية" Mixed : وتشمل تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية أو البيئية معاً .
٤. إعاقة فكرية غير محددة الأسباب : وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المعاقين فكرياً ، وخاصة الإعاقة الفكرية البسيطة التي يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى الإعاقة الفكرية (سهير شاش ، ٢٠٠٢) .

وقام "تريد جولد" بتعديل هذا التصنيف وجعله يشتمل على ثلاثة أقسام رئيسة وهي :

١. إعاقة فكرية أولية **Primary Amentia** : وهي حالات الإعاقة الفكرية التي لا تتضح أسبابها ، وتمثل الأفراد المنخفضين في مستواهم العقلي إلى حد كبير .
٢. إعاقة فكرية نتيجة لأخطاء في النمو **Development Errors** : وتضم هذه الفئة حالات ترجع فيها الإعاقة الفكرية إلى أخطاء في الجينات Genetic Faults؛ مثل : اضطراب الإنزيمات والغدد ، واضطرابات نمو العظام ، كما في حالة صغر حجم الجمجمة Microcephaly ، وتضم هذه الفئة أيضاً الحالات التي ترجع فيها الإعاقة الفكرية إلى شذوذ في الكروموسومات مثل : حالات متلازمة داون .
٣. إعاقة فكرية نتيجة لعوامل بيئية : ويضم هذا النوع ثلاثة فئات هي :

أ- حالات تنتج فيها الإعاقة الفكرية عن إصابات في الجنين أثناء الحمل؛ كأثر الإشعاعات ، أو عسر الولادة .

ب- حالات تنتج فيها الإعاقة الفكرية عن أمراض معدية أُصيبت بها الأم مثل : مرض الزهري ، والحصبة الألمانية ، وتسمم البلازما Toxoplasmosis ، أو أمراض أصابت الوليد مثل : الالتهاب السحائي ، والالتهاب الدماغي .

ت- حالات تنتج فيها الإعاقة الفكرية عن أنواع من الحرمان تعرض لها الطفل؛ كبعض حالات النقص في نشاط الغدد النخامية ، وبعض أنواع الحرمان السيكولوجي - حالات العزل التامة - وهي نادرة (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥) .

تصنيف Yannet :

قام "يانت" بتصنيف حالات الإعاقة الفكرية إلى ثلاثة فئات ، وهي :

١. عوامل قبل الولادة **Pre-Natal** : وتتمثل في الأسباب الفسيولوجية والمرضية والاضطرابات الكيمائية التي تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما؛

كاضطرابات التمثيل الغذائي ، وحالات الإصابة قبل الولادة بالزهري الوراثي ، والتسمم ، وعامل الريزوس Rh .F .

٢. عوامل ولادية Intra-Natal : وتتمثل فيما قد يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة من ظروف كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة .

٣. عوامل بعد الولادة Post-Natal : وتتمثل في تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض الأمراض؛ كالالتهابات السحائية ، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص ، أو أول أكسيد الكربون ، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

تصنيف لوتيت Louttit :

قام "لوتيت" بتقسيم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلى ثلاثة فئات على أساس نسبة الذكاء ، على النحو التالي :

١. فئة المورون : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٤٥ أو ٥٠ وحتى ٦٠ أو ٦٥.
٢. فئة البلهاء : وتتراوح نسبة الذكاء من ١٥ أو ٢٠ وحتى ٤٥ أو ٥٠.
٣. فئة المعتوهين : وتتراوح نسبة الذكاء من صفر إلى ١٥ أو ٢٠.

تصنيف كيرك Kirk :

وقام "كيرك" أيضاً بتصنيف الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية على أساس نسبة الذكاء إلى ثلاثة أنواع :

١. فئة المورون : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٥٠ -٧٥ .
٢. فئة البلهاء : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٥ -٥٠ .
٣. فئة المعتوهين : وتتراوح نسبة الذكاء بين صفر – ٢٥ .

تصنيف ستراوس وليهتينين Strauss & Lehtinen :

قام كلاً من " ستراوس وليهتينين " بتصنيف حالات الإعاقة الفكرية إلى فئتين هما :

١. إعاقة الفكرية راجعة إلى عوامل داخلية Endogenous : وتحدث نتيجة

الوراثة وقبل الولادة ، ويوجد في حالات الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ممن لا يظهر عليهم نقص أو عيوب جسمية عضوية .

٢. إعاقة الفكرية راجعة إلى عوامل خارجية **Exogenous** : وتنشأ عن أسباب بيئية أو مكتسبة نتيجة تغيرات مرضية تطرأ على النمو العادي قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها . وتظهر في الحالات الإكلينيكية المصاحبة للإعاقة الفكرية لا سيما تلك التي يحدث فيها تلفاً بالمخ (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

الفصـــل الرابع
أسباب الإعاقة الفكرية

- أسباب ما قبل الولادة .
- أسباب أثناء الولادة .
- أسباب ما بعد الولادة .
- الإعاقة الفكرية والوراثة والبيئة .

الفصل الرابع
أسباب الإعاقة الفكرية

تحديد أسباب الإعاقة الفكرية أمر ليس بالهين أو البسيط ، وذلك لتعدد وتداخل العوامل المسئولة عن الإصابة بالإعاقة الفكرية . فهناك العوامل الجينية الوراثية والعوامل البيئية ، وكل مجموعة من هذه العوامل تشمل عدداً كبيراً من العوامل المسئولة عن الإعاقة الفكرية .

وتحتاج عملية الكشف عن الأسباب إلى الخبراء المدربين والممارسين والمطلعين إلى كل ما هو جديد في المجال لأن عملية تحديد الأسباب عملية صعبة وشاقة ، وتحتاج إلى جهود كبيرة ، وخاصة إذا كانت هناك عوامل مشتركة ، وبالرغم من الصعوبة في تحديد الأسباب إلا أن توافر الأجهزة الطبية والتحاليل الدقيقة والأدوات السيكومترية المقننة قد تساعد في علمية التحديد الدقيق للأسباب المسئولة عن الإعاقة الفكرية .

وقد تحقق عملية تحديد الأسباب العديد من الفوائد الأمر الذي يجعلها عملية لازمة وضرورية ، ومن هذه العوامل أن تحديد الأسباب قد يسهم في الوقاية من الإصابة من الإعاقة الفكرية ، إذ أن معرفة الأسرة لسبب إصابة طفلها بالإعاقة الفكرية قد يجنبها ولادة طفل آخر لديه إعاقة فكرية ، وذلك بتجنب الأسباب المؤدية للإعاقة الفكرية ، وقد تفيد عملية تحديد الأسباب في التخطيط لتأهيل الطفل المعاق فكرياً طبياً وتربوياً واجتماعياً ومهنياً .

والأسباب الكامنة وراء الإعاقة الفكرية غير متجانسة للغاية ، فهناك العوامل الجينية والعوامل غير الجينية ؛ والعوامل الجينية تشمل الشذوذ الكروموسومي ، والأمراض أحادية الجين monogenic ، وهناك العديد من العوامل غير الجينية التي تسبب تلف الدماغ أثناء الحمل وخلال مرحلة الطفولة المبكرة ، وتشمل هذ العوامل الولادة المبكرة جداً ، ونقص الأكسجين anoxia في الفترة المحيطة بالولادة ، ومتلازمة الكحول الجيني التي تحدث بسبب تناول الأم المفرط للكحول أثناء الحمل ، والأمراض المعدية مثل الفيروس المضخم للخلايا cytomegalovirus والذي يسبب تلف الدماغ أثناء الحمل وبعد الولادة ، ومعظم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة تحدث نتيجة مزج

العوامل أحادية الجين والعوامل البيئية . وزاد معرفتنا بالأمراض الجنينية الأحادية نتيجة استخدام التقنيات الحديثة مثل استراتيجيات النسخ الموضوعي positional-cloning strategies ، والتي أتاحت الفرصة لمعرفة الجينات المرضية المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، وإن كانت هذه المعرفة لم تصل إلى حد الاكتمال ، وهناك حوالي ٢٥٪ - ٤٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية الشديدة ومعظم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة ما زالت مجهولة السبب (Chelly , & Mandel , 2001 ,669).

فبعض حالات الإعاقة الفكرية ناتجة عن تلف خلقي في الدماغ ، والبعض الآخر ناتج عن تلف في خلايا الدماغ في مرحلة ما قبل أو ما بعد الولادة . وتشمل أسباب الإعاقة الفكرية المكتسبة حوادث الغرق ، وإصابات الدماغ ، والأورام الخبيثة للجهاز العصبي المركزي (Campbell et al . 2004) .

وتوصلت بعض البحوث أن هناك من ٢٠٪ إلى ٥٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية غير معروفة السبب .(Curry et al . , 1997) .

وتشير بعض البحوث والدراسات أن حوالي من ٣٠٪ إلى ٥٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية مجهولة الأسباب؛ فالمختصون غير قادرين على تحديد أسباب هذه الحالات بالرغم من التقييم الشامل لهذه الحالات (Baird & Sadovnick 1985) .

فهناك حالة كل ثلاثة حالات مجهولة السبب ، وحوالي الثلثين قد يكون السبب في إصابتها بالإعاقة الفكرية عامل من أربعة عوامل ، هي : الوراثة ، ومشكلات ما قبل الولادة ، وأمراض الطفولة ، والعوامل البيئية ، وأن حوالي ٥٪ من حالات الإعاقة الفكرية قد تكون ناتجة عن عوامل وراثية ، وقد تحدث الإعاقة الفكرية نتيجة لعوامل وراثية أو بيئة أو عوامل مزدوجة ، ويُعتقد أيضاً أن العوامل السلوكية والاجتماعية قد تؤدي إلى الإعاقة الفكرية مثل الفقر ، وسوء التغذية ، وتعاطي الأمهات المخدرات ، وتعاطي الكحول ، بالإضافة إلى الحرمان الشديد من المثيرات . McLaren & Bryson) 1987) .

وقد تختلف الأسباب لطبيعة البيئات ، فقد تختلف أسباب الإعاقة الفكرية في البيئات الصناعية عن أسباب الإعاقة الفكرية في البيئات الزراعية ، فالسبب الأكثر

شيوعاً في الدول الصناعية للإعاقة الفكرية هي الإعاقة الفكرية الناتجة عن متلازمة الكحول الجينية ، حيث تنتشر بمعدل حالة كل ١٠٠ حالات ولادة ، والسبب الثاني وهو الإعاقة الفكرية الناتجة عن تثلث الكرموسوم ٢١ ، أو ما يعرف بمتلازمة داون ، حيث تنتشر بنسبة حالة كل ٨٠٠ حالة أو كل ١٠٠٠ حالة ولادة (Campbell et al . 2004) .

وسوء التغذية هو سبب شائع لانخفاض درجة الذكاء في أنحاء العالم المتضررة من المجاعة ، مثل إثيوبيا (Durkin et al . 2000; Wines 2006) .

وتوصلت بعض البحوث والدراسات إلى أن العوامل البيئية والاجتماعية قد تكون مسؤولة عن الإصابة بالإعاقة الفكرية البسيطة ، وأن هناك عوامل بيولوجية كامنة مسؤولة عن الإصابة بالإعاقة الفكرية الشديدة (Croen , et al . ,2001) .

وتختلف نسبة انتشار كل سبب من أسباب الإعاقة الفكرية ، فحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع للشذوذ الكروموسومي حوالي ٤٪ - ٢٨٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى المتلازمات المتعارف عليها حوالي ٣٪ - ٩٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى شذوذ في بناء المخ حوالي ٣٪ - ١٧٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى مضاعفات الولادة المبتسرة حوالي ٢٪ - ١٠٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع للظروف المحيطة بالولادة حوالي ٢٪ - ١٠٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى عوامل بيئية حوالي ٥٪ - ١٣٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى عوامل أسرية ثقافية حوالي ٣٪ - ١٢٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى اضطرابات الغدد الصماء والاضطرابات الأيضية حوالي ١٪ - ٥٪ ، وحالات الإعاقة الفكرية التي ترجع إلى عوامل غير معروفة ٣٠٪ - ٥٠٪ (Schaefer & Curry , et al . ,1996; Bodensteiner ,1993) .

وبصفة عامة تتعدد أسباب الإعاقة الفكرية ؛ فهناك حوالي ٢٠٠ سبباً للإعاقة الفكرية تم اكتشافها حتى الآن ، وهذا يشمل جزءا ضيئل من العوامل المسئولة عن الإعاقة الفكرية ؛ فما زال هناك العديد من حالات الإعاقة الفكرية مجهولة السبب ، أو حتى الآن لم تستطع البحوث والتقنيات الحديثة التعرف على أسبابها .

ويمكن تصنيف أسباب الإعاقة الفكرية بناءً على استقرائنا للتراث والبحوث والدراسات السابقة المرتبطة إلى أسباب ما قبل الولادة ، وأسباب أثناء الولادة ، وأسباب بعد الولادة ، ونعرض هذه الأسباب بالتفصيل .

أولاً : أسباب ما قبل الولادة[1] :

ويمكن تقسيم أسباب ما قبل الولادة إلى عوامل جينية Genetic Factors وعوامل غير جينية Non Genetic Factors ، والبعض يطلق عليها عوامل وراثية وعوامل بيئية على النحو التالي :

١. العوامل الجينية Genetic Factors :

يقصد بالعوامل الجينية تلك العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات الوراثية المحمولة على الكروموسومات ، وأن هذه الجينات مسئولة عن الخصائص والصفات الوراثية التي يتصف بها الأبناء ، والتي قد يرثها الأبناء من الآباء ، حيث يوجد في الخلية الواحدة المخصبة في رحم الأم ٤٦ كروموسوماً ، وهذه الكروموسومات نصفها مورث من الأب والنصف الآخر موروث من الأم ، أي يرث الطفل من الأب ٢٣ كروموسوماً من خلال الحيوان المنوي ، ويرث ٢٣ كروموسوماً من الأم من خلال البويضة ، ويحدث الحمل هنا نتيجة اختراق الحيوان المنوي للبويضة ، فتتخصب البويضة ، ومن هذه المرحلة تبدأ حياة الجنين ، وتوجد هذه الكروموسومات في ٢٣ زوجاً في نظام مؤلف دقيق ، ولكل كروموسوم نظير مماثل له من حيث الوظيفة والشكل ، وبهذا التوليف يمثل الكروموسوم المورث من الأب والكروموسوم المورث من الأم زوجاً .

فالجينات الوراثية هي المسئولة عن الصفات والخصائص التي يرثها الطفل عن والديه ، وذلك تبعاً لقوانين الوراثة على النحو التالي :

(١) هذه الأسباب تعرف بأنها قبل الولادة ، أي أثناء الحمل ، وبالتالي قد تحدث الإعاقة الفكرية أثناء الحمل ، ويمكن التعرف على ذلك من خلال الأدوات الطبية ، إلا أنه توجد حالات قد يكون سبب تخلفها العقلي لعوامل أثناء الحمل إلا أن الإعاقة الفكرية قد لا تظهر على الطفل أثناء الحمل أو عند الولادة ، بل تظهر فيما بعد ، فقد تتأخر إلى السنة الثانية أو الثالثة من الميلاد .

- قانون التشابه : وتبعاً لهذا القانون يشبه الطفل والديه في الصفات والخصائص .
- قانون الاختلاف في الوراثة : تبعا لهذا القانون يختلف الطفل عن والديه في بعض الخصائص .
- قانون التراجع في الوراثة : تبعا لهذا القانون يرث الطفل صفات وخصائص متنحية .

ويمكن تصنيف الجينات الوراثية إلى جينات سائدة ، وجينات ناقلة ، وجينات متنحية ، ويمكن توضيح خصائص كل نوع على النحو التالي :

- الجينات السائدة **Dominant Genes** : تعرف الصفات الوراثية السائدة بأنها قوية ، وتحمل صفات مرغوبة فيها ، ويكفي جين واحد لظهورها أحياناً .
- الجينات الناقلة **Carrier Genes** : وتعرف الصفات الوراثية الناقلة على أنها صفات غير مرغوب فيها ولكنها لا تظهر على الفرد .
- الجينات المتنحية **Recessive Genes** : تعرف الصفات الوراثية المتنحية بأنها صفات مرضية وراثية ، وغير مرغوب فيها ، ولا بد من توفر جينين متنحيين لظهورها (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ٥٦ - ٥٧) .

وتحدث الوراثة السائدة عندما يكون أحد الزوجين مصاباً بمرض وراثي ويورثه لنصف أبنائه ذكوراً وإناثاً ، فإن كانوا أربعة أصيب اثنان منهم ونجا اثنان . أما الوراثة المتنحية فتحدث عندما يتم الزواج بين زوجين حاملين لمرض وراثي واحد ، ولا تظهر على أيهما علامات المرض ، ولكنهما يورثانه لواحد من كل أربعة من أطفالهما (عبد اللطيف عثمان ، ١٩٨٥ ، ١٤٥ - ١٤٦) .

وتعتبر الطفرات في الجينات المرتبطة بالكروموسوم X من الأسباب الوراثية الأكثر شيوعاً للإعاقة الفكرية ، وهذا اتفاقاً مع ملاحظة أن الذكور أكثر تأثراً بالإعاقة الفكرية من الإناث ، والإعاقة الفكرية المرتبط بالكروموسوم يمكن تقسيمها في مجموعتين ؛ والمجموعة الأولى تتضمن الأشكال المتلازميّة Syndromal Forms والتي تكون فيها الإعاقة الفكرية جزء من متلازمة معقدة ذات ملامح إكلينيكية متسقة ومميزة ؛ والمجموعة الثانية تكون الإعاقة الفكرية فيها عرض أولي لدى الأفراد المتأثرين بها ويطلق عليها فئة الإعاقة الفكرية غير المحددة Non-Specific intellectuall

disabililties ، وعوامل الإعاقة الفكرية الوراثية " الجينية " المرتبطة بالكروموسوم x عوامل غير متجانسة ، ومعقدة ، والمراجعات الحديثة للاضطرابات المرتبطة بالكروموسوم x كشفت أن هناك حوالي ٢٠٢ حالة مرتبطة بالإعاقة الفكرية منها ١٣٦ حالة من النوع الأول والتي تكون فيها الإعاقة الفكرية جزء من متلازمة ، ومنها ٦٦ حالة من النوع الثاني ، والتي تكون فيها الإعاقة الفكرية عرض أولي ، وقد حدث تقدم كبير في فهم الأسس الجزئية الكامنة وراء حالات الإعاقة الفكرية المرتبطة بالكروموسوم x والتي يطلق عليها مصطلح XLMR ، وحتى الآن هناك حوالي ٣٠ جين مرتبط بالمجموعة الأولى ، وحوالي١٠جينات مرتبطة بالمجموعة الثانية
. (Chiurazzi & Oostra , 2000; Lubs , et al . 1998)

والشذوذ في الكروموسومات قد يكون مسؤولا عن ٢٨٪ من حالات الإعاقة الفكرية (Curry et al . , 1997) . ويشمل الشذوذ الكروموسومي الشذوذ في عدد الكروموسومات عن العدد الطبيعي ، والشذوذ الكروموسومي الجزئي ، والحذف الجزئي (Winnepenninckx , et al . ,2003) .

وتحدث حالات الإعاقة الفكرية تبعاً للوراثة في إحدى الصور التالية :

- حالات الإعاقة الفكرية التي تحدث نتيجة زيادة في عدد الكروموسومات حيث أن العدد الطبيعي للكروموسومات هو ٤٦ كروموسوماً . ومثل هذه الحالات متلازمة "داون" حيث تحدث نتيجة للتثلث الصبغي للكروموسوم ٢١ حيث توجد ثلاثة نسخ من الكروموسوم ٢١ بدلاً من نسختين في الشخص العادي ، ومتلازمة باتاو Patau's Syndrome ، وهي ناتجة عن الثلث الصبغي للكروموسوم ١٣ ، ومتلازمة إدوارد الناتجة عن تثلث الكروموسوم ١٨.
- حالات الإعاقة الفكرية التي تحدث نتيجة لنقص في عدد الكروموسومات ، مثل متلازمة تيرنر Turner Syndrome التي تحدث بسبب فقدان جزئي أو كلي لأحد الكروموسومات الجنسية والذي يكون مسئولاً عن الملامح الخاصة بمتلازمة تيرنر ، وبالتالي يكون عدد الكروموسومات لدى ذوات متلازمة تيرنر ٤٥ بدلاً من ٤٦ في الحالات العادية غير المصابة بمتلازمة تيرنر .
- حالات الإعاقة الفكرية الناتجة عن حذف جزء من المادة الوراثية الموجودة على الكروموسوم أو حذف جين أو أكثر من الجينات الموجودة على الكروموسوم ،

مثل متلازمة ميللر- ديكر Miller-Dieker Syndrome التي تحدث نتيجة حذف جين أو أكثر من الجينات الموجودة على الكروموسوم 17p13 ، ومتلازمة برادر - ويليPrader-Willi syndrome الناتجة عن غياب أو حذف جين من الذراع الطويل للكروموسوم ١٥ المورث من الأب ويرمز لها 15q11-q13 ، ومتلازمة دي جورج الناتجة عن حذف جزء من الذراع الطويل بالقرب من منتصف الكروموسوم ٢٢.

- حالات الإعاقة الفكرية الناتجة عن انتقال كروموسوم من موقعه أو التصاق جزء من الكرموسوم بكروموسوم آخر .
- حالات الإعاقة الفكرية التي تنتج عن طفرات(1) في الجينات الوراثية الموجودة على الكروموسومات ، مثل حالات التصلب الحدبي التي تحدث بسبب طفرات في الجين الوراثي TSC1 الموجود على الكروموسوم التاسع q349 أو في الجين الوراثي TSC2 الموجود على الكروموسوم السادس عشر p13.316. ومثل متلازمة كوهين التي تحدث بسبب طفرات في الجين الوراثي COH1 الموجود على الكروموسوم الثامن 8q22.
- حالات الإعاقة الفكرية التي تنتج بسبب أمراض التمثيل الغذائي : وهي تحدث نتيجة نقص إنزيمات معينة مثل حالات الفنايل كيتون يوريا ، ونيمان بيك ، والجلاكتوسيميا ، ومرض هرلر .

ويرى رشاد عبد العزيز (٢٠٠٨ ، ٨٥) أن الطفل قد يرث الإعاقة الفكرية مباشرة عن طريق الجينات التي تحمل كروموسومات الخلية التناسلية ، وهناك حالات لا تُورث فيها الإعاقة الفكرية وإنما تحدث بشكل غير مباشر عن طريق طفرات في الجينات تنشأ عنها أنواع من الاضطرابات في بعض الوظائف الفسيولوجية ؛ كاضطراب الإنزيمات والتي ينتج عنها تلف في الخلايا المخية ، وهناك حالات يرث فيها الجنين عيوباً في تكوين الخلايا العصبية مما قد يؤدي إلى الإعاقة الفكرية . وهناك حالات أخرى تحدث

---

(١) الطفرة Mutations: هي تغير في البناء البيوكيميائي للجين الوراثي ، وهذه التغيرات قد تحدث لأسباب معروفة مثل الإصابة ببعض الفيروسات والتعرض لبعض المواد الكيميائية ، وتحدث في بعض الأحيان لأسباب غير معروفة (السيد الشربيني ، ٢٠٠٨ ، ١٥٥ : ١٥٦).

فيها الإعاقة الفكرية ليس لها علاقة بالجينات وإنما هي عوامل يحدث تأثيرها بعد أن تتم عملية الإخصاب وتكوين الجنين .

٢. **العوامل غير الجينية (بيئية) Non Genetic Factors :**

تتعرض الأم أثناء فترة الحمل للعديد من المشكلات ، مثل ارتفاع درجة الحرارة High Fever والتي يمكن أن تؤدي إلى تلف دماغ الجنين Brain Damage فتحدث الإعاقة الفكرية . كما تتعرض الأم لبعض الالتهابات ، وخصوصاً خلال الأشهر الأولى من الحمل ، والذي قد يسبب تلفاً في المخ ، كما أن هناك بعض الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل والتي يمكن أن تؤثر على الطفل في الرحم Womb مثل : الإصابة بالحصبة الألمانية German Measle ، والهربس Herpes ، والزهري Syphilis ، والسل Tuberculosis فتحدث الإعاقة الفكرية . كما أن هناك بعض العوامل الأخرى التي تصيب الأم أثناء الحمل وتؤدي إلى الإعاقة الفكرية والنوبات ، مثل التعرض للحوادث Accidents ، والأشعة السينية X-Rays ، أو السقوط أثناء الحمل Falls During Pregnancy ، وتناول الأدوية بدون إشراف طبي .

ويمكن توضيح هذه العوامل بشيء من التفصيل على النحو التالي :

سوء تغذية الأم الحامل :

يشمل مصطلح الغذاء الأطعمة التي يتناولها الإنسان سواء كانت مشروبات أو مأكولات ، والمهم في ذلك أن تحتوي الأطعمة على العناصر الغذائية التي تلبي احتياجات الجسم ، والغذاء الصحي يجب أن يشتمل على البروتينات ، والكربوهيدرات والمواد الدهنية والمواد المعدنية والفيتامينات والماء والتوابل والبهارات ، وأهم ما في ذلك التنوع بما يحقق التوازن .

فتحتاج الحامل إلى التنويع في الأغذية المتناولة يومياً ، وعدم الإكثار من تناول الدهون المشبعة والكولسترول ، وتناول أغذية غنية بالنشا والألياف ، وتنويع الأغذية الغنية بالألياف كالفواكه الطازجة والخضراوات والبقول والحبوب الكاملة ، وعدم الإفراط في السكريات والملح " الصوديوم " ، وعدم الإفراط في الدهون والتنويع في مصادرها ، والاهتمام بالكربوهيدرات ، وتناول أغذية غنية بالكالسيوم يومياً من ٣ – ٤ مرات يومياً .

وتناول مواد غذائية غنية بالحديد يوميا ، فضلاً عن مراجعة الطبيب المختص فيما يتعلق بنظام التغذية لاختيار البرنامج الغذائي المناسب للحامل ، فالنظام الغذائي للحامل يتوقف على عمر الحامل ، وعدد مرات الحمل ، والحالة الصحية للحامل قبل الحامل وأثناء الحمل ، ونقص الوزن ، وتعاطي الخمور والتدخين ، وبعض المشكلات الصحية ، مثل : مرض السكر ، وضغط الدم ، وغيرها ، والمهم هو التركيز على نوعية الطعام بدلاً من كمية الطعام ، والتركيز على المواد الغذائية الغنية بالبروتين ، والكالسيوم ، والفسفور والمغنيسيوم ، والحديد .

وينسى معظم الأزواج أن الجنين يبدأ حياته منذ لحظة الإخصاب ، وأن رحم الأم هو المكان الأمثل لنموه وتكوينه ، ولكن لا بد له من التغذية والتنفس والإخراج عن طريق دم الأم ، وأن من أهم شروط نموه نمواً متكاملاً متناسقاً توارد الغذاء إليه بشكل منتظم ، وأن تكون مكونات الغذاء المتوفر له عبر دم الأم مناسبة لما يحتاج إليه في نموه وبنسب كافية . غير أننا نلاحظ أن الكثير من الأمهات لا يعرن هذا الأمر الأهمية التي تستحقها أثناء حملهن ، فغذاؤهن يستمر كما تعودن قبل الحمل وكثيراً ما يكون الغذاء ناقصاً لبعض العناصر الهامة أصلاً . ، فضلا عن أن غذاءهن وقت الحمل يجب أن يكون غذاءً خاصاً ، وأن تكون عناصره متوفرة للجنين بنسب معينة باستمرار ، ومما يتطلب التغذية الجيدة للأم علميات الانقسام المستمر لخلايا الجنين (زهير الكرمي ، ١٩٧٨) .

وينبغي هنا أن نفرق بين مشكلة نقص التغذية undern nutrition ومشكلة سوء التغذية malnutrition ، فمشكلة نقص التغذية مثل التي تحدث في المجاعات في بعض دول العالم ، حيث يعاني السكان من عدم الحصول على الغذاء الكافي للمحافظة على حياتهم ، أما مشكلة سوء التغذية فقد يكون الطعام متوفر بدرجة كافية ، وبل زيادتها عن الحاجة ، إلا أن هذه الأطعمة قد تكون مختلة في تركيبها ، حيث تنقصها عناصر غذائية معينة مثل انخفاض البروتين أو المعادن أو الفيتامينات (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

وكلاهما يرتبط بحدوث الإعاقة الفكرية ، ومشكلة التغذية والإعاقة الفكرية موضوع كبير ، حيث أن هناك نقص غذاء أو سوء تغذية والذي يرجع للأم أو للبيئة التي من المفترض أن توفر الغذاء المناسب للحامل ، ومنها أيضاً عدم قدرة الطفل على الحصول على المواد الغذائية من الأم بالرغم من توفرها لدى الأم ، وقد ترجع هذه الحالات لأسباب كثيرة منها مشكلات في المشيمة .

وكشفت الدراسات والبحوث أن سوء تغذية الحامل قد يعرض الجنين للإعاقة الفكرية أثناء الحمل ، وهذا قد يكون شائعًا في البيئات التي تعاني من المجاعات (Durkin et al . 2000; Wines 2006) .

وكشفت دراسة كلاً من Lamont and Dennis (1988) أن تعرض الحامل لفقر الدم Maternal anaemia أثناء الحمل قد يعرض الجنين لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

وينبغي الاهتمام بموضع التغذية ليس فقط أثناء الحمل بل أن الموضوع يمتد إلى أبعد من ذلك بكثير ، فينبغي تغذية الفتاة في مراحل النمو المبكر وخلال الفترة النمائية حتى يأخذ التركيب البنيوي للجسم المستوى المناسب من النمو في مرحلة الرشد ، فنقص التغذية للفتاة قد يترتب عليه ضعف بناء الجسم ، مما يؤدي إلى مشكلات أثناء الحمل أو أثناء الولادة ؛ فمثلا صغر حجم الحوض أو ضيق فتحة الحوض قد يترتب عليه ولادة متعسرة ، وضعف بناء الجسم قد يترتب عليه ولادة أطفال صغيري الحجم .

مشكلات الحبل السري :

قد ينتج عن قصر أو طول الحبل السري مشكلات ، مثل التوائه أو تمزقه ، وبالتالي حدوث نزيف ، وفي كلتا الحالتين قد لا يحصل الجنين على كمية الأكسجين المناسبة (رمضان القذافي ، ١٩٨٨) مما يجعله عرضة للإصابة بالإعاقة الفكرية .

إصابة الحامل بالأمراض :

تتعدد الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل ، وقد تؤثر هذه الأمراض على كفاءة الوظائف الجسمية للحامل ، حيث تتطلب عملية الحمل سلامة جسم الحامل من الأمراض نظراً لما يفرضه الحمل من أعباء على جسم الحامل قد تستنزف مقداراً كبيراً من طاقاته ، فضلا على أن هناك بعض الأمراض التي تتطلب تدخل علاجي بالعقاقير والأدوية ، وقد يكون لهذه العقاقير والأدوية آثار ضارة على الجنين خلال فترة الحمل .

وتشير الدراسات إلى أن التاريخ المرضي للأم قد يؤثر على الجنين وقد يؤدي إلى الإعاقة الفكرية ، فقد أشارت دراسة Delgado , et al (2007). إلى نسبة الإصابة بالإعاقة الفكرية لدى أجنة أو أطفال الحوامل ذوات التاريخ المرضي تبلغ ٩.٨١٪ .

ونعرض في الفقرات التالية لبعض الأمراض التي تصيب الحامل أثناء الحمل ، والتي تعد من أشهر الأمراض ومن أخطر الأمراض ، وهي :

الحصبة الألمانية German measles :

تم اكتشاف هذا المرض في ألمانيا في القرن الثامن عشر ، ويحدث هذا المرض بسبب الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية German measles ، وتبدو مظاهر الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية في الطفح ، والحمى الخفيفة ، والتهاب في المفاصل ، ويصاب به الأطفال في المرحلة العمرية من ٩ شهور إلى ١٨ سنة ، والنساء في المرحلة العمرية من ١٩ - ٢٤ سنة ، ويكثر لدى النساء ، ويؤدي إلى إجهاض المرأة الحامل ، أو تشوه الجنين ، وتعتبر الإصابة بالعمى والصمم وتشوهات القلب والإصابة بالإعاقة الفكرية من أشد المخاطر التي قد يتعرض لها الجنين ، وقد يحدث أيضا تشوهات بالأسنان والأوعية الدموية ، والتي تعمل بدورها على تأخر نمو الطفل داخل رحم الأم .
وقد تصاب المرأة والجنين بهذا النوع من الفيروسات عن طريق العدوى من الأشخاص المصابين ، فالحصبة الألمانية تعد من الأمراض التي تنتشر من شخص لآخر عن طريق الهواء ، وعن طريق الرذاذ المتطاير من فم المريض أثناء الكحة أو العطاس ، وفي حالة الجنين تنتقل إليه العدوى عن طريق المشيمة من أمه المصابة ، ويستغرق هذا الفيروس فترة حضانة من١٤- ٢١ يوماً .

ويمكن الوقاية من هذا الفيروس عن طريق لقاح الحصبة الألمانية MMR ، وعند التطعيم بهذا اللقاح يجب أن تنتظر المرأة فترة ثلاثة شهور على الأقل قبل الحمل ، وإذا كانت حاملا لا ينبغي عليها أن تأخذ اللقاح إلا بعد الولادة . والإصابة بالحصبة الألمانية تؤدي إلى تكوين مناعة مستديمة ضد هذا المرض تستمر مدى الحياة ، فالإصابة بهذا المرض مرة واحدة في العمر .

وتشير الدراسات التي أجريت على عينة من الأطفال الذين أُصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء الحمل أن ما نسبته ٣٧٪ منهم كان مصاباً بالإعاقة الفكرية (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨) . وتشير دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) أن حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لإصابة الأم أثناء الحمل بالحصبة الألمانية .

مرض الزهري Syphilis :

يعتبر مرض الزهري من الأمراض المعدية ، وينتقل للمرأة عن طريق المباشرة الجنسية مع رجل يحمل ميكروب مرض الزهري ، أو عن طريق حقن المرأة بإبرة ملوثة ، ويحدث هذا في حالات إدمان الهيروين والكوكايين والأمفيتامين .

ويعتبر هذا المرض من الأمراض الخطيرة على المرأة الحامل حيث يؤثر على سلامة الجنين ، ويؤدي إلى وفاة الجنين في نصف الحالات ، والنصف الآخر قد يصاب بمشكلات خطيرة مثل : الإعاقة الفكرية وخصوصاً حالات استسقاء الدماغ ، والالتهاب السحائي ، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي ، والصمم .

ويرى "Wright " أن جرثومة "الزهري" تنتقل إلى الجنين في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل ، أو تعوق نموه في الرحم ، فيأتي الوليد ناقص النمو مشوهاً أصماً ومعاق فكرياً ، ويموت عادة بعد الولادة مباشرة (كمال مرسي ، ١٩٩٩) .

ويعتبر الزهري من الأمراض التناسلية ، وفي حالة ولادة الأطفال الذين كانت أمهاتهم مصابات بالزهري فان هؤلاء الأطفال يكونون في الغالب من ذوي الإعاقة الفكرية (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

تسمم الدم Toxoplasmosis :

يعتبر مرض تسمم الدم من الأمراض التي تصيب الأم الحامل ، والمعروف باسم Toxoplasmosis ، حيث يتسبب فيروس هذا المرض في تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين . والذي يترتب عليه إحدى مظاهر الإعاقة؛ كالإعاقة الفكرية أو البصرية أو السمعية أو الحركية أو حالات كبر حجم الدماغ ، وكذلك حالات استسقاء الدماغ ، وعلى ذلك تُنصح الأم بعدم الحمل إلا بعد التأكد من خلوها من هذا المرض الذي تسببه طفيليات تصيب الأم نتيجة لتربيتها للقطط أو تناولها للحوم النيئة أو غير المطهية بطريقة جيدة (محروس الشناوي ، ١٩٩٧) .

وتوصلت دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) إلى وجود علاقة بين تسمم الحمل والإصابة بالإعاقة الفكرية ، حيث بلغت نسبة المصابين بالإعاقة الفكرية لأمهات تعرضن لتسمم حمل أثناء الحمل حوالي ٩,٢٪ .

فيروس الهربس Herpes :

تبدو مظاهر الإصابة بهذا الفيروس في تكوين حويصلات مائية حول الشفاة عقب الإصابة بنزلات البرد والإنفولنزا ، وقد تكون نفس الإصابة حول فرج المرأة الحامل وهو ما يسمى بالهربس الجنسي ، وقد يصاب المولود بعدوى الهربس من الأم عند الولادة ، لذلك ينصح الأطباء بإجراء عملية الولادة عن طريق العمليات القيصرية لتجنب إصابة المولود بهذه العدوى ، وقد يترتب على عدوى الطفل بفيروس الهربس إصابته بالإعاقة الفكرية ، وحدوث تشوهات مثل : صغر حجم الرأس ، ويسبب التهابات في المخ .

فيروس السيتومجاليك Cytomegalic :

ويصيب هذا الفيروس الأم دون أن تظهر عليها أي أعراض مرضية ، ولكن هذا الفيروس قد يؤذي الجنين بشكل بالغ ، فالجنين يعاني من أعراض بالغة الشدة ، حيث يصاب بواحد أو مجموعة من الأعراض التالية : صغر الدماغ ، الأنيميا ، اليرقان ، تضخم الكبد والطحال ، استسقاء الدماغ ، تكلس المخ ، ودرجات متباينة من الإعاقة الفكرية ، والصمم ، والمياه البيضاء في العين ، والاختلالات التشنجية (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

مرض الجدري والنكاف :

أكدت بعض البحوث والدراسات أن الجدري والنكاف من الأمراض الفيروسية الخطيرة التي تصيب الجنين في بطن الأم ، وتسبب العديد من المشكلات مثل إجهاض الأم ، وتشوه الجنين (كمال مرسي ، ١٩٩٩) .

مرض السكري Diabetes mellitus :

تؤثر إصابة الأم الحامل بمرض السكري على الجنين ، حيث قد يصاب قلب الجنين ، والحبل السري ، وقد يؤدي إلى حدوث الولادات المبكرة ، والميتة ، والإجهاض المتكرر ، والولادة المتعسرة ، كما يصيب الأم بتسمم الحمل ، والالتهابات المهبلية ، والتهابات مجرى البول ، لذا ينصح الأطباء الأمهات الحوامل المصابات بمرض السكري بضرورة المتابعة الطبية الدقيقة لتلافي ما يحدث من مشكلات للجنين أو الأم

أثناء الحمل ، حيث كشفت الدراسات عن إمكانية تلافي المشكلات التي تحدث للأم أو الجنين أثناء الحمل للنساء المصابات بمرض السكري .

والأطفال الذين يولدون لأمهات مصابات بالسكر أكثر عرضة للوفاة قبل أو بعد الولادة مباشرة ، ويولد الأطفال في هذه الحالة إما أصغر أو أكبر في الحجم مما هو مقدر لمدة الحمل التي قضوها في بطن الأم ، وفي معظم الحالات قد يكون لدى الطفل انتفاخ لوجود سوائل كثيرة تحت الجلد (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

وتوصلت دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى وجود علاقة بين إصابة الحامل بالسكر وإصابة طفلها بالإعاقة الفكرية ، حيث بلغت نسبة المصابين بالإعاقة الفكرية لأمهات مصابات بالسكر أثناء الحمل حوالي ٣,١٪ .

وتوصلت دراسة كلاً من Lamont and Dennis (1988) أن تعرض الحوامل للإصابة بمرض السكر قد يعرض الجنين لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

أمراض القلب :

تتضمن أمراض القلب العديد من الأمراض منها مرض روماتيزم القلب ، ومشكلات الصمامات ، وغيرها من الأمراض التي تصيب القلب ، وخطورة هذه الأمراض على الجنين لا تكون مباشرة في بعض الحالات ولكن تتمثل في تأثير العلاجات الطبية التي تتناولها الأم على الجنين .

اضطرابات الغددة الدرقية :

يفترض أن تفرز الغدة الدرقية هرمونها بقدر يتناسب مع حاجة الجسم ، ويحدث الاضطراب عندما تفرز الهرمون بشكل زائد عن حاجة الجسم ، ويسمى فرط التدرق ، ويحدث أيضاً عندما تفرز الغدة الدرقية هرمونها بشكل قليل لا يتناسب وحاجة الجسم ، ويسمى القصور الدرقي ، وكلاهما قد يعرض الجنين للإعاقة ، وفي حالة الإفراط الدرقي يكون الجنين معرضا للإصابة بحالة القماءة إحدى فئات الإعاقة الفكرية .

نقص الكالسيوم :

تحتاج الحامل إلى الكالسيوم لتغطية احتياجاتها واحتياجات الجنين ، حيث يحتاج الجنين إلى جرعات يومية من الكالسيوم تصله عن طريق دم الأم . وأن النقص في

الكالسيوم لدى الحامل يترك آثاراً سلبية ومشكلات وخيمة على الحامل وطفلها ومنها إصابة الجنين بالإعاقة الفكرية ، فهناك حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى نقص كالسيوم الأم أثناء الحمل (Rantakallio & Wendt ,1985) .

التعرض للإشعاعات Rediation :

ويرى "Koch" أن الدراسات والبحوث التي تمت على الحوامل في مدينتي "هوريشيما ونجازاكي" في اليابان بعد ضربهما بالقنابل الذرية كشفت أن الحوامل اللاتي تعرضن لإشعاعات هذه القنابل في الشهور الأولى من الحمل ولدن أطفالاً مشوهين . وأجريت دراسات على الحيوانات الحوامل اتضح أن تعرضها للإشعاعات أدى إلى تشوه أجنتها . ومن هذا المنطلق أصبحت من القواعد الطبية المعمول بها عدم فحص الأم الحامل بالأشعة إلا عند الضرورة القصوى (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ١٥١) . وحتى في حالات الضرورة القصوى توجد أجهزة حديثة لم يثبت ضررها على الجنين يمكن استخدمها في الفحوص الطبية كبديل للفحص بالأشعة .

ويمثل تعرض الحوامل للإشعاع خطراً كبيراً على الجنين ، حيث أن عدد خلايا الجنين قليلة في بداية التكوين وتأثر خلية بالإشعاع يعني تأثر جميع الخلايا التي ستنتج عن انقسام تلك الخلية وقد يختلف حجم الضرر تبعاً للجزء الذي تعرض للإشعاع (زهير الكرمي ، ١٩٧٨ ، ٣٥) .

وتوصلت دراسة كلاً من محمد عبد الرحمن ، ومحمد الشبراوي (٢٠٠٤ ، ٢٩-٣٨) إلى أن تعرض الحامل للأشعة قد يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة الفكرية .

العقاقير والأدوية :

ينصح المختصون بعدم تناول الحامل لأي عقاقير أو أدوية أثناء فترة الحمل ، حيث تدخل هذه الأدوية في دم الحامل ، وأن الجنين يعتمد في عملياته أثناء الحمل على دم الأم ، وبالتالي قد تؤثر هذه الأدوية سلبياً على الجنين مما ينتج عنه تشوهات وإعاقة فكرية ونقص وزن الجنين عند الولادة . وبالرغم من تحذيرات الأطباء والمختصين إلا أنه قد يكون العلاج ضروريا ومهما لدى الحوامل اللاتي تعانين من أمراض مثل مرض الربو وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي وغيرها ، حيث قد يكون العلاج في هذه

الحالات أخف ضرراً من مضاعفات المرض على الجنين والأم ، فيصبح التدخل العلاجي موضوعاً لازماً ، وينصح الأطباء في حالة استخدام الأدوية والعقاقير أن تكون تحت إشراف طبي متخصص وأن تكون من الأدوية الآمنة التي تم التحقق من آثارها الجانبية .

وتفيد الدراسات أن تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل قد يؤدي إلى الولادة المبكرة قبل الأوان ، ونقص حجم الجنين عند الولادة ، والإعاقة الفكرية ، ومشكلات في النوم ، ومشكلات في العضلات ، وعيوب في القلب (Association for Retarded Citizens ,1988) .

وهناك العديد من العقاقير التي تضر بالجنين عند تعاطي الأم لهذه العقاقير ، ومن هذه العقاقير مضاد الربو Anti-Asthmatic ، ومضادات الاكتئاب Antidepressant ، وخافض الضغط Antihypertensive ، والأسبرين Aspirin .

المخدرات والكحوليات :

ينتقل عن طريق دم الأم إلى الجنين أيضا تأثير المخدرات والكحوليات ، حيث ثبت علمياً أن دم الأم يحمل إلى الجنين تأثير العقاقير والكحول والسموم ولكل من هذه أثرها الضار على الجنين ونموه . فالنوكاتين في دم الحامل يؤثر في الجنين أضعاف تأثيره على الأم نفسها . وقد ثبت أن الحوامل مدمنات المخدرات ينقلن إلى أجنتهن التأثير الضار لهذه المواد (زهير الكرمي ، ١٩٧٨ ، ٣٥) .

فالكحول لا يحتوي على أي فيتامينات أو بروتينات أو كربوهيدرات أو دهون ، وأن الاستخدام المستمر قد يستنزف من الجسم جميع العناصر الغذائية . ومن الخطورة تناول الأم الحامل للكحول حيث يعمل على استنزاف جميع العناصر الغذائية Nourishments من الجسم واللازمة لنمو طفلها . وبدون التغذية السليمة قد يتعرض الطفل لتلف الدماغ . وتعاطي الأم الحامل للكحول قد يؤدي بها إلى ما يسمى متلازمة الكحول الجيني " Foetal Alcohol Syndrome الأمر الذي يؤدي إلى ولادة طفل معاق فكرياً (Chiriboga , et al . ,1993) .

وأكدت الدراسات والبحوث أن تعاطي السيدة الحامل للكحول أثناء الحمل قد يؤدي إلى إصابة الطفل بالإعاقة الفكرية وصعوبات التعلم ومشكلات في النوم ،

ومـــشكلات في العـــضلات ، وعيـــوب في القلـــب (Association for Retarded Citizens ,1988) .

وتوصلت نتائج دراسة (2007) Delgado , et al. إلى أن نـسبة الإصـابة بالإعاقـة الفكرية لدى أطفال الأمهات الحوامل المتعاطين للكحول تبلغ حوالي ٠,٥٣٪ .

وقام الباحثون في مستشفى جامعة ساهلجرينسكا ، غوتبورغ ، بدراسة للكـشف عن المشكلات النفسية والاجتماعيـة والنيرولوجيـة علـى عينـة تكونـت مـن ٢٦ طفـلاً لأمهات كان يتناولن الكحول أثناء الحمل ، وتوصل الباحثون إلى أن ١٠ مـن الأطفـال لـديهم اضـطراب الانتبـاه المـصحوب بالنـشاط الزائـد ، وطفـلان مـن ذوي متلازمـة ســبيرجير Asperger syndrome ، وطفــل واحــد لديــه إعاقــة فكريــة بــسيطة (Millichap ,2010 ,24) .

وأفادت دراسة أن اعتماد الحوامل على الحـشيش والأفيـون والكوكـايين والتبـغ أثناء الحمل قد يعرض أجنتهن للإعاقة الفكرية والمشكلات الـسلوكية (Chiriboga , et . al . ,1993) .

التدخين :

يؤثر التدخين بأنواعه المختلفة السجاير ، والتبغ ، والمرجوانة أثنـاء الحمـل علـى حياة الجنين ، حيث تحتوي هذه المواد على العديد من العناصر الكيمائيـة الـسامة والـتي تدخل في تركيب دم الأم ، وحيث أن الجنين يعتمد في غذائه وفي عملياتـه في بطـن الأم على دم الأم ، فقد يتأثر الجنين بهذه المواد السامة الموجودة في دم الأم .

وتحتوي "السيجارة" بصفة عامة علـى حـوالي أكثـر مـن ٥٠٠ عنـصر كيميـائي ، ومعظم هذه العناصر من المواد السامة ، ومن هذه العناصر القار والكربـون المؤكـسد ، والنيكوتين ، والقطران ، وأحادي وأول أكسيد الكربون .

وقد يرتبط التدخين أثناء الحمل بالحمل خـارج الـرحم ، حيـث تكـون البويـضة الملقحة خارج الرحم مما يترتب عليه الإجهاض والنزيف والولادة قبـل الموعـد المناسـب (Emma ,2004) .

فقد توصلت بعض الدراسات والبحوث إلى أن تـدخين الحامـل يـؤدي إلى ولادة مبتسرة ، وتأخر نمو الجهاز العـصبي والتنفـسي ، كمـا يـؤدي إلى مـشكلات جـسمية ، ومشكلات سلوكية وإعاقة فكرية (2008) Ewa&Ewa

وتفيد بعض البحوث والدراسات بأن النساء الحوامل اللاتي يدخنّ لديهن فرصة كبيرة لإنجاب أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية ، وانخفاض وزن الجنين عند الولادة ، وفي بعض الحالات وفاة الجنين Cnattingius،(1992) .

وتوصلت نتائج دراسة (2007). Delgado , et al إلى أن نسبة ولادة طفل معاق فكرياً لدى الأمهات الحوامل المدخنات للتبغ تبلغ حوالي ٣,٧٠٪ .

وتوصلت نتائج دراسة (2010). Krishnasubha , et al إلى أن تدخين الأب قد يعرض الطفل لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

عمر الأم :

كشفت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين عمر الأم وإصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية ، حيث أشارت دراسة إلى أن حمل الأمهات الأكبر عمراً والأصغر عمراً أكثر احتمالاً لإنجاب أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية

. (Derek , et al . ,2002; Louhiala , 1995)

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (2007). Delgado , et al التي توصلت إلى أن غالبية المصابين بالإعاقة الفكرية هم أطفال لأمهات في المرحلة العمرية من ١٨ – ٣٥ سنة . حيث بلغت نسبة المصابين بالإعاقة الفكرية لأمهات أكثر من ٣٥ سنة ٠,٩١٪ ، ونسبة المصابين بالإعاقة الفكرية لأمهات أقل من ١٨ سنة حوالي ٠,٦٦٪ . أي ما يقرب من حوالي ٨٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية كانوا لأمهات في المرحلة العمرية من ١٨ – ٣٥ سنة ، وربما يرجع ذلك إلى أن نسب الأمهات الحوامل الأصغر والأكبر سناً أقل من نسبة النساء في المرحلة العمرية من ١٨ – ٣٥ سنة .

وتفيد تقارير سابقة أن حالات الإعاقة الفكرية تزداد لدى الأمهات في عمر ٤٠ سنة عن الأمهات الحوامل في أعمار أقل بنسب كبيرة ، حيث نسبة الاحتمال لأمهات عمرهن ٤٠ سنة قد تكون ١ – ٥ ، والأمهات عند عمر ٤٢ سنة قد تكون ١ – ٣٥ ، والأعمار عند ٤٤ سنة فما أعلى ١ – ٢٥ (رمضان القذافي ، ١٩٩٨ ، ١٠٠) .

ويمكن تفسير هذا التباين في نتائج البحوث والدراسات إلى اختلاف أوجه الرعاية الصحية والمجتمعية المقدمة للحوامل في كل مجتمع ، حيث أن ارتفاع الرعاية الصحية

والمجتمعية التي تشهدها المجتمعات اليوم قد تحد من حالات الإعاقة الفكرية واختلاف نسب النساء الحوامل في كل مرحلة عمرية .

حمل المراهقات :

تزايد في العصر الحالي في الولايات المتحدة الأمريكية عدد المراهقات الحوامل أقل من ١٩ سنة ، وتزايد أكثر عدد الحوامل المراهقات في أقل من ١٥ سنة . وعدم الاستعداد البيولوجي للحمل عند المراهقات قد يجعل الجنين عرضة للعديد من المشكلات منها الولادة المبكرة ، والولادة المتعسرة ، ونقص وزن الجنين ، وعمليات الإجهاض ، وكل هذه المشكلات مرتبطة بالإعاقة الفكرية . وهذا عكس البيئات العربية فقد كان الزواج المبكر للبنات منتشر في فترات سابقة ، ومع تزايد التقدم العلمي وانتشار الوعي الديني تقلصت عملية زواج البنات الصغار والمراهقات في البيئات العربية . والفرق بين الثقافتين قد يرجع إلى انتشار الانحرافات الجنسية في المجتمع الأميركي ، فهناك العديد من التقارير التي تشير أن غالبية حمل المراهقات غير شرعي ، فهو ناتج عن الانحرافات الجنسية .

وقد توصلت نتائج البحوث والدراسات أن هناك تزايد في عدد الأطفال غير الشرعيين لأمهات أقل من ١٥ سنة ، والنسبة قد تزايدة لتصبح ظاهرة ، ففي سنة ١٩٤٠ كانت النسبة فوق ٢٠٠٠ ، وفي سنة ١٩٦٠ كانت النسبة ٤٦٠٠ ، وكانت النسبة ١١٠٠٠ في عام ١٩٧٣ ، وارتفاع هذه النسب يجعلنا نتصور أن عدد من يستعملون حبوب منع الحمل في تزايد ، كما أن الإجهاض أصبح مباحاً في كل الولايات المتحدة الأمريكية ، ويدعم هذا الاستنتاج حقيقة أن نسبة الأمراض التناسلية بين المراهقين تزايدت أيضاً بشكل واضح وثابت خلال نفس الفترة (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٦٣٥) . وكل هذه المشكلات مرتبطة بولادة أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية أو قد يجعل الجنين عرضة للإعاقة الفكرية .

الصدمات والكدمات أثناء الحمل :

يقوم السائل الأمنيوسي بعدة وظائف ، ومن هذه الوظائف حماية الجنين من الصدمات والكدمات التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل ، وعند تعرض الأم للصدمات

أو الكدمات يقوم هذا السائل بتوزيع أثر الصدمة أو الكدمة على الجسم كله . ولكن في بعض الحالات قد يكون أثر الصدمة شديدا مما يعجز هذا السائل عن توفير الحماية المناسبة للجنين ، وقد يؤثر ذلك على الجنين ، وقد يكون الأثر كبيراً ، ومسبباً للإعاقة الفكرية إذا تعرض مخ الجنين للصدمة حيث تعمل الصدمة في بعض الحالات على تدمير بعض مراكز وخلايا المخ .

وتوصل محمد عبد الرحمن ، ومحمد الشبراوي (٢٠٠٤ ، ٢٩- ٣٨) إلى أن الإعاقة الفكرية قد تحدث للجنين أثناء الحمل نتيجة تعرض الحامل للصدمات في البطن أو الظهر أو سقوطها من مكان مرتفع أو تعرضها لصدمة بالرأس أفقدتها الوعي .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Lamont and Dennis (1988) إلى أن تعرض الحامل للإصابات والعمليات الجراحية قد يعرض الجنين لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

التلوث البيئي أثناء الحمل :

يقصد بالتلوث البيئي تلك المواد الناتجة من عوادم السيارات والمصانع ومخلفات الإنسان والحيوان وغيرها ، والتي قد ينتج عنها مواد وعناصر مثل أول أكسيد الكربون ، وأول أكسيد الكبريت ، وثاني أكسيد النتروجين وغيرها ، والتي تلوث الهواء والماء والتربة مما يؤثر على حياة الإنسان .

وقد يكون الأثر كبيراً على النساء الحوامل ، حيث قد يكون سبباً في تسمم الحمل والالتهابات أثناء الحمل ، والولادة المبكرة ، وقد يكون سبباً في ولادة أطفال مصابين بالعيوب الخلقية والخلل في الكروموسومات ، كما قد تكون سبباً في ولادة أطفال صغار الوزن .

فتعرض الأمهات لجرعات عالية من مثيل الزئبق Methyl Mercury على سبيل المثال قد يعرض أجنتهن للإعاقة الفكرية والعجز السمعي والبصري (Hussain ,et . al . ,2007) .

الرعاية الصحية :

يمكن تقسيم مرحلة الحمل إلى ثلاثة مراحل كل مرحلة مدتها ثلاثة شهور ، وتتطلب كل مرحلة من هذه المراحل رعاية خاصة . وقد تقوم بعض الدول بتقديم

الرعاية المستمرة للحوامل ، وقد تكون في بعض الأحيان كل شهر عن طريق زائرة متخصصة للحامل تقوم بزيارة الحامل في المنزل حيث تعرض الحامل أثناء الزيارة ما قد يستجد عليها من تغيرات ، وتقوم الزائرة خلال الزيارة بمراجعة ما قدمته للأم من نصائح وتوجيهات ثم تقدم لها التوجيهات والنصائح اللازمة للمرحلة القادمة .

ويعد القصور في تقديم الرعاية المناسبة للحوامل من أسباب الإعاقة الفكرية ، حيث توصلت نتائج دراسة Delgado , et al .(2007) إلى أن هناك حالات إعاقة الفكرية قد تحدث نتيجة لقصور في رعاية الحوامل في فترة الثلاثة الشهور الثانية من الحمل تبلغ نسبتها حوالي ٣٠,١٪ . وتبلغ نسبتها ٦٣,٠٪ في فترة الثلاثة شهور الثالثة من الحمل .

وتوصلت نتائج دراسة Durkin , et al . (1998) أيضاً إلى وجود علاقة بين الإعاقة الفكرية والرعاية الصحية قبل الولادة .

الأمراض النفسية والعقلية أثناء الحمل :

تتعرض بعض الحوامل للإصابة ببعض الأمراض النفسية والعقلية أثناء الحمل مثل : القلق والاكتئاب والذهان والفصام والاضطراب ثنائي القطب مما يترتب عليه التعرض للعلاج بالعقاقير وسوء التغذية والذي يترك أثراً سلبيا على الجنين ، مثل : الولادة قبل الأوان ، وانخفاض الوزن عند الولادة (Anna , et al . ,2012) . كما أن تأثير المرض نفسه يكون مرتبطا بحالات الإعاقة الفكرية ، فمثلاً القلق يرتبط بما يطلق عليه الحمل الشاذ Abnormal Pregnancy (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١٣٤) .

الحمل غير الشرعي :

تعد عملية إنجاب طفل جديد مسؤولية كبيرة ، فهي عملية تتطلب وضع خطة واتخاذ قرار ، نظراً لما تحتاجه هذه العملية من رعاية كبيرة قد تبدأ قبل الحمل من حيث دراسة الوضع الصحي للوالدين ، والرعاية التي يمكن تقديمها للأم الحامل أثناء فترات الحمل وأثناء الولادة وبعد الولادة وخلال الفترة النمائية للطفل ، حيث أن التعثر في تقديم الرعاية خلال هذه الفترات قد يعرض الجنين أو المولود أو الطفل لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

وتتطلب هذه العملية اتفاق الوالدين على تقديم الرعاية المناسبة كل فيما يخصه ، ويعد الحمل غير الشرعي أو حمل غير المتزوجات من عوامل خطر الإصابة بالإعاقة الفكرية ، نظراً لعدم رغبة الأم في إنجاب طفل في حالة الحمل غير الشرعي وما يسببه من ضغوط نفسية على الأم الحامل ، وقد يكون في بعض الحالات رغبتها في التخلص من الطفل . وقد يفقد الطفل رعاية الأب في حالة حمل غير المتزوجات مما يصعب على الأم تقديم الرعاية بمفردها للجنين أو الطفل .

ويؤكد ذلك Delgado , et al .(2007) حيث توصل إلى وجود علاقة بين حمل غير المتزوجات وإصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية ، وبلغت نسبة الإصابة بالإعاقة الفكرية لدى أطفال الأمهات غير المتزوجات حوالي ٩,٦٦٪ .

وأكدت الدراسات والمسوح أن حالات الحمل غير الشرعي تزايدت في هذه الأيام مقارنة بالفترات السابقة ، فقد ظلت النسبة ثابتة فقط حوالي ٥٪ حتى عام ١٩٦٠ ، ومنذ ذلك التاريخ فإن النسبة المؤية قد ارتفعت بحدة حتى اليوم ، أي بنسبة طفل واحد غير شرعي مقابل سبعة أطفال شرعيين (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٦٣٤) .

ونظرا لوجود علاقة بين الحمل غير الشرعي والإعاقة الفكرية ، فلنا أن نتصور كم يكون حجم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالنسبة للتقرير الذي يفيد زيادة أطفال الحمل غير الشرعي .

الحالة الانفعالية :

تؤثر الانفعالات النفسية التي تتعرض لها الحامل تأثيراً مباشراً على نمو الجنين بشكل عام وعلى نموه العقلي بشكل خاص . حيث يصاحب كل انفعال نفسي هورمون أو هورمونات في الدم تؤثر في الجسم ويصل تأثيرها إلى الجنين عبر المشيمة . ومثال ذلك : الشخص الغاضب يصرف طاقة كبيرة ويتبع ذلك زيادة نشاط القلب وارتفاع ضغط الدم وغير ذلك من تأثيرات على العضلات والأجهزة . والتي قد تعرض حياة الجنين للمخاطر ، ومن هذه المخاطر إصابته بالإعاقة الفكرية .

فالأم التي تأتي من بيئة ضاغطة أكثر ميلاً لإظهار العوامل النفسية المرتبطة بالحمل الشاذ عن الأمهات القادمات من بيئات أقل ضغطاً ، كذلك خصائص الشخصية مثل

عدم النضج الانفعالي والاتجاهات السلبية نحو الحمل ترتبط بالإجهاض المتكرر وعدم اكتمال الحمل (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١٣٨) .

زواج الأقارب Marriage Consanguinity :

ترجع بعض حالات الإعاقة الفكرية إلى زواج الأقارب ، حيث توصلت نتائج دراسة Durkin , et al . (1998) إلى أن بعض حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى زواج الأقارب من الدرجة الأولى .

وتوصلت نتائج دراسة Krishnasubha , et al .(2010) إلى أن معظم حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى زواج الأقارب .

وتوصلت نتائج دراسة Ahmad , et al . (2010) إلى أن زواج الأقارب يسهم في الإصابة بالإعاقة الفكرية ، فحوالي ١٤,٢٨٪ من حالات الإعاقة الفكرية البسيطة ، وحوالي ٨٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية المتوسطة ، وحوالي ٩١٪ من حالات الإعاقة الفكرية الشديدة ترجع إلى زواج الأقارب .

انفصال المشيمة[1] Separation Of Placenta :

توصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) إلى أن حوالي ٩,٢٪ من ذوي الإعاقة الفكرية ترجع إصابتهم بالإعاقة الفكرية إلى الانفصال المبكر للمشيمة .

ضغوط العمل :

قد تفرض ضغوط العمل على الحامل الكثير من الأعباء ، ومن هذه الأعباء المجهود الجسمي ، فقد يفرض العمل مجهود جسمي على الأم فضلاً عما فرضه الحمل من أعباء جسمية أخرى ، فقد يواجه جسم الحامل كلاً من ضغوط الحمل وضغوط

(١) تعرف المشيمة بأنها العضو الداعم لحياة الجنين ، وهو الذي يربط بين الأم والجنين ، وتقوم المشيمة بعدة وظائف منها تغذية الطفل وتنفسه ، وتثبيت الحمل حيث تفرز البروجستون الذي يعمل على تثبيت الحمل ، كما تتولى عملية تصريف مخرجات الجنين الناتجة عن عمليات الأيض ، ويطلق على المشيمة اسم " الخلاص" ، وتنفصل المشيمة في بعض الحالات عن الرحم مما يتسبب في حدوث نزيف ، وقد يرجع السبب في بعض الحالات إلى نقص البروتين وحامض الفرليك في النظام الغذائي ، وكذلك ارتفاع ضغط الدم ، وفي كثير من الحالات قد يعرف المختصون سبب الانفصال .

العمل . كما أن أعباء العمل قد تحرم الطفل من رعاية الأم بمعناها الكبير والتي تكون من أهم من متطلبات مرحلة الطفولة ومن أهم متطلبات النمو السوي ، وهذا فضلاً عن مشاحنات العمل والضغوط النفسية التي تؤثر على الحالة النفسية للحامل إذا كانت تعمل أثناء فترة الحمل .

ويؤكد هذا نتائج دراسة (2007). Delgado , et al حيث توصلت إلى وجود علاقة بين ضغوط العمل لدى الحوامل وإصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية ، وبلغت نسبة الإصابة بالإعاقة الفكرية لدى أطفال الأمهات اللاتي تواجهن ضغوط عمل حوالي ٨,٤٥٪ .

فيدخل في جملة العوامل التي تتعرض لها الحوامل أثناء فترة الحمل إلى عمل الحامل ، وما تبذله من جهد ، ونوع العمل الذي تقوم به ، وما تحتاج إليه من جهد للوصول إلى عملها وربما تكون غير عاملة ، ولكنها مضطرة للقيام بجهد ربما يكون أضعاف ما تقوم به الحامل العاملة ، حيث يكون لديها أسرة كبيرة ، ويكون عليها أن ترعاهم ، وأن تقوم بالمهام المتصلة بشئون حياتهم من طعام ونظافة وخلافه ، وهذا كله من شأنه أن يؤثر على حالة الحمل لدى الحوامل ، وربما يعرضها لحوادث أو يقلل ما تبقى من غذاء بعد هذا الجهد يكفيها هي والجنين الذي تحمله (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١٣٩) .

ثانياً : أسباب أثناء الولادة :

تحدث الإعاقة الفكرية للطفل بسبب ممارسات خاطئة وإصابات أثناء الولادة المتعسرة واستعمال أدوات طبية مساعدة ، وترجع أيضاً إلى طبيعية عملية الولادة من أن تقوم بعملية التوليد "داية[1] " تفتقر إلى الخبرة الطبية الشاملة بحالة الأم من ضغط وسكر وغيره ، ناهيك عن عمليات التلوث المؤكدة في هذه الحالة ، وإجراءات قطع الحبل السري وتنظيف الطفل وتوفير الأكسجين اللازم لتنفسه ، وقد تعطي الداية للأم بعض العقاقير أو الحقن المساعدة على الطلق وبالتالي سرعة الولادة ، مع عدم قدرتها على

(١) الداية : هي السيدة التي تقوم بمساعدة السيدات في عملية الولادة في مرحلة ما قبل التطور الطبي ، ولكن مازالت بعض البيئات تعتمد عليها في عملية توليد النساء (أحمد أبو زيد ، وهبة جابر ، ٢٠١٣ ، ٣١) .

ضبط كمية أو نوعية هذه العقاقير وآثارها الجانبية ، ففي هذا الجو المفتقر للخبرة وللأمن النفسي تضطرب الأم ويزداد توترها ولهذا آثار سيئة عليها وعلى المولود وتكثر مثل هذه الظروف في الأحياء الشعبية والريف .

وتوصلت نتائج دراسة Durkin , et al . (1998) إلى وجود علاقة بين الإعاقة الفكرية ومضاعفات الولادة والأمراض والعدوى والمشكلات التي تحدث أثناء الولادة .

وتشمل أسباب الإعاقة الفكرية أثناء الولادة نقص الأكسجين ، والإصابات التي يتعرض لها الطفل أثناء الولادة ، وعدم اكتمال الجنين ، والإصابة بالأمراض ... وغيرها ، ويمكن توضيح هذه العوامل بشيء من التفصيل على النحو التالي :

الحمل الخطر :

قد يصف الأطباء أن حملاً ما "معرض للخطر" ويحدث هذا لدى الأمهات الحوامل قبل العشرين وبعد الأربعين ، والحمل في فترات متقاربة مع تدني المستوي الاقتصادي ، والحوامل اللائي لهن تاريخ سابق من مشكلات الحمل ، مثل الأطفال المولدين أمواتاً ، والأطفال غير مكتملي النمو ، وأطفال سابقين لديهم تشوهات ولادية ، والحوامل ذات الأمراض المزمنة مثل : مرض السكر وارتفاع ضغط الدم ، وإدمان الكحول ، والحامل التي يكون دمها غير متوافق مع دم الجنين مثلاً يكون عامل الريزوس RH لديها سالب ، ولدى الجنين موجب ، وكذلك يكون الجنين خطراً عندما يكون وضع المشيمة يعوق سريان الأكسجين للجنين ، وكبر حجم رأس الجنين عن فتحة المهبل ، أو وجود الجنين في وضع خاطئ ؛ مثل وضع القعود أو وجوده مستعرضاً (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ١١٦) .

نقص الأكسجين :

تشير الدراسات إلى أن نقص الأكسجين Asphyxia أثناء الولادة قد يعرض الجنين للاختناق والذي يترتب عليه إصابة الجنين بالإعاقة الفكرية (Louhiala , 1995) .

وتشير نتائج دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) إلى أن نسبة ٣٣,٧٪ من الأفراد المعاقين فكرياً ترجع إعاقتهم الفكرية إلى نقص الأكسجين أثناء الولادة .

مدة الحمل :

تؤثر مدة الحمل في احتمال الإصابة بالإعاقة الفكرية ، فإذا تمت الولادة قبل اكتمال المدة[1] المناسبة للجنين في بطن الأم فإنه يوجد احتمال لإصابة المولود بالإعاقة الفكرية . وأيضاً طول مدة الحمل قد تؤدي إلى ولادة طفل معاق فكرياً .

وتؤكد ذلك نتائج دراسة Delgado , et al .(2007) والتي توصلت إلى وجود علاقة بين مدة الحمل وإصابة المولود بالإعاقة الفكرية . وتوصل إلى أن نسبة المعاقين فكرياً بين الأطفال المولودين لمدة حمل أقل من ٣٧ أسبوعا تبلغ ١١,٧٨٪ .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) إلى وجود علاقة بين طول مدة الحمل والإصابة بالإعاقة الفكرية ، حيث بلغت نسبة المعاقين فكرياً الذين تعرضوا لطول مدة الحمل حوالي ١٨,٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية .

عامل الريزوس :

يعرف عامل الريزوس Rh بأنه أحد فصائل الدم وقد يكون موجبا لدى ٨٥٪ من الناس ، وقد يكون سالبا لدى ١٥٪ من الناس . وقد تحدث المشكلة عندما يكون العامل موجب عند الأب وسالب عن الأم . وقد لا تحدث مشكلة عندما يكون العامل سالب عند الأبوين أو عندما يكون موجبا عند كلاهما ، وقد لا تحدث مشكلة أيضاً عندما يكون العامل سالبا عند الأب وموجب عند الأم .

إذن المشكلة تحدث فقط عندما يكون العامل موجبا عند الأب وسالبا عند الأم ، وتسمى هذه الحالة عدم توافق عامل الريزوس ، وعند حدوث الحمل يكون العامل موجبا عند الجنين مثل الأب ، وفي هذه الحالة قد يحتوي دم الطفل على فصيلة غير موجودة في دم الأم ، وقد يعتبر دم الأم هذه الفصيلة غريبة عليه وقد يصنع دم الأم أجساماً مضادة تعمل على تكسير دم الطفل ، ويصاب الطفل بحالة تكثير الدم ، وهذه الحالة قد لا تصيب الطفل الأول حيث لا يحدث اختلاط دم الأم بدم الطفل إلا عند الولادة ، وقد تصيب الطفل الثاني لأن الاختلاط قد حدث بولادة الطفل الأول ، ففي

(١) مدة الحمل المكتمل حوالي ٣٨ أسبوعاً ، وقد تنقص أو تزيد عن ذلك بحوالي أسبوعين أو ثلاثة أسابيع (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ١٩٦) .

الحمل الثاني قد تبدأ الأجسام المضادة بمهاجمة دم الجنين فتعمل على تكسير دمه مما قد يؤدي إلى وفاة الجنين قبل الولادة . وإذا نجا الطفل وحدثت الولادة فقد يكون الطفل مصابا بصفراء حديثي الولادة ، وتتطلب هذه الحالة تغيير دم الطفل في أسرع وقت قبل أن تؤثر الصفراء على مخ الوليد فتحدث الإعاقة الفكرية وغيره من المشكلات ، حيث تؤثر هذه الحالة على الجانب الجسمي والعقلي للطفل .

ويمكن تفادي هذه المشكلة بحقن الأم "بالجلوبيولون المضاد" خلال ٧٢ ساعة الأولى من الولادة أو الإجهاض ، وقد يفضل أن تكون هذه الحقنة مجهزة مسبقاً لربما يحدث إجهاض مفاجئ للحامل ، وكلما كان تقديم هذه الحقنة مبكراً قبل انقضاء ٧٢ ساعة الأولى من الولادة أو الإجهاض كان أفضل في حلّ المشكلة قبل قيام دم الأم بصناعة الأجسام المضادة ، وهذه الإجراءات لوقاية الجنين الثاني ، لأن الأول غير معرض للإصابة بهذه المشكلة كما ذكرنا ، ويمكن التعرف على عامل الريزوس مسبقاً من خلال فحص راغبي الزواج أو أثناء الحمل من خلال التحاليل الطبية المختصة بذلك .

وقام كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) بدراسة تأثير عامل الريزوس في الإصابة بالإعاقة الفكرية ، حيث كانت نسبة ١٨,٤٪ من المعاقين فكرياً قد ترجع إلى عامل الريزوس .

وتوصلت نتائج دراسة Krishnasubha , et al .(2010) إلى أن معظم حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى اختلاف عامل الريزوس .

الأطفال المبتسرون " عدم اكتمال الحمل " :

تفيد الدراسات إن هناك علاقة بين الإعاقة الفكرية وبين الولادة المبتسرة ، فالولادة المبكرة لها مجموعة من الأسباب ، والنتائج ، وكلها تكون ضد الوليد ، فالمواليد غير المكتملين أكثر عرضة للتلف العصبي ، وهم أكثر عرضة للوفاة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١) .

وزن المولود عند الولادة :

هناك علاقة بين وزن المولود والإصابة بالإعاقة الفكرية ؛ أي أنه إذا كان وزن الجنين أقل من الوزن المثالي فإنه يوجد احتمال لإصابة المولود بالإعاقة الفكرية .

ويؤكد ذلك نتائج دراسة Delgado , et al .(2007) حيث كشف عن وجود علاقة بين وزن المولود والإصابة بالإعاقة الفكرية . وتوصل إلى أنه إذا كان وزن المولود أقل من ١٥٠٠ جم فإن احتمال إصابته بالإعاقة الفكرية قد تبلغ حوالي ٦,٤٧٪ ، وإذا كان وزن المولود بين ١٥٠٠ : ٢٤٩٩ جم فإن احتمال إصابته بالإعاقة الفكرية قد تصل حوالي ٦,٤٦٪ . وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio & Wendt (1985) إلى أن حوالي ٣٣,٧٪ من حالات الإعاقة الفكرية لديهم انخفاض وزن عن المستوى العادي .

تكرار الحمل وحالات الولادة المتكررة :

تشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن تكرار الحمل Multiparity ، وتعدد الحمل Multiple Pregnancy مرتبط بولادة أطفال معاقين فكرياً (Louhiala , 1995) .

وتوصلت نتائج دراسة Delgado , et al .(2007) إلى وجود علاقة بين الولادة المتكررة وإصابة المولود بالإعاقة الفكرية ، وتوصلت إلى أن نسبة المواليد المصابين بالإعاقة الفكرية من حالات الولادة المتكررة تبلغ ٤,٢٢٪ .

نزيف الحامل قبل الولادة :

تفيد نتائج دراسة كلاً من Lamont and Dennis (1988) إلى أن تعرض الحامل للنزيف قبل الولادة قد يعرض الجنين لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

الصدمات والكدمات أثناء الولادة :

وتشمل الصدمات والكدمات والرضوض التي يتعرض لها المولود أثناء عملية الولادة ، والتي تصيب الرأس فتعطل المراكز العصبية ، مما يجعل الأطفال عرضة للإصابة بالإعاقة الفكرية .

الأمراض :

قد يصاب الأطفال حديثي الولادة بالعديد من الأمراض التي قد تؤدي إلى الإعاقة الفكرية وغيرها من الاضطرابات والمشكلات والصعوبات النمائية .

ونعرض في الفقرات التالية بعضاً من هذه الأمراض :

صفراء حديثي الولادة :

يعد مرض صفراء حديثي الولادة من أخطر الأمراض التي تصيب الرضع حديثي الولادة ، وقد تؤدي إلى الإعاقة الفكرية . وهذا ما أكدته نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) حيث توصلت إلى أن حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية قد ترجع إلى الإصابة بصفراء حديثي الولادة .

نزيف حديثي الولادة Haemorrhagicdisease :

يتعرض بعض حديثي الولادة لعملية نزيف عند الولادة ، وقد يؤدي هذا النزيف إلى العديد من الاضطرابات والمشكلات ؛ ومنها تعرض المولود للإصابة بالإعاقة الفكرية ، وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى نسبة المعاقين فكرياً الذين تعرضوا لنزيف حديثي الولادة حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية .

انخفاض حرارة الجسم Hypothermia :

قد يتعرض الأطفال حديثي الولادة لانخفاض حرارة الجسم عند الولادة عن المعدل الطبيعي ، وقد تؤدي مثل هذه الحالة إلى إصابة الطفل بالإعاقة الفكرية ، وفي هذا توصلت إليه نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) حيث توصلت إلى أن حوالي ٦,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية قد ترجع إلى إصابة الطفل بانخفاض حرارة الجسم عند الولادة .

التهاب الدماغ :

يحدث التهاب الدماغ نتيجة عدوى فيروسية وفي بعض الحالات يتمكن هذا الفيروس من دخول مجرى الدم ويصل إلى الجهاز العصبي المركزي ويسبب التهاب الدماغ وقد ينتج عنه الإعاقة الفكرية ، وقد يصيب الأطفال حديثي الولادة ، حيث كشفت دراسة عن وجود ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لالتهابات السحايا الجرثومي ، وأن حوالي ٣٦,٨٪ ترجع لالتهاب السحايا الفيروسيViral Meningitis .

الشلل الدماغي Cerebral Palsy :

كشفت نتائج البحوث والدراسات أن حوالي من ٤٠٪ إلى ٦٠٪ من حالات الشلل الدماغي لديهم إعاقة فكرية .(Arpino , et al .1999)

الالتهاب الرئوي Pneumonia :

قد يصاب حديثي الولادة بمرض الالتهاب الرئوي وقد ينتج عنه في بعض الحالات إعاقة فكرية . فتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ١٢,٣٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى الالتهاب الرئوي الذي يصيب الأطفال حديثي الولادة .

تسمم دم حديثي الولادة :

يحدث تسمم دم حديثي الولادة نتيجة الإصابة بفيروس أو بكتريا تفرز سموم تقضي على أعضاء أو أنسجة الجسم وقد تتسبب في ارتفاع درجة الحرارة وضغط الدم . وقد تسبب في بعض الحالات الإعاقة الفكرية . وأن هناك حوالي ٦,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لتسمم دم حديثي الولادة (Rantakallio & Wendt ,1985) .

الإصابة بالفيروس المضخم للخلايا :

يعرف مرض الفيروس المضخم للخلايا بأنه مرض يحدث نتيجة الإصابة بفيروس مضخم الخلايا ، وهو أحد أنواع فيروسات الهربس ، وقد يصيب هذه المرض الإنسان في جميع مراحل العمر ، وقد يكثر انتشاره لدى حديثي الولادة ، وقد يتسبب هذا المرض في العديد من المشكلات لدى الأطفال ومنها صغر حجم الدماغ والإعاقة الفكرية . فهناك حوالي ٦,١ من حالات الإعاقة الفكرية قد ترجع إلى الإصابة بالفيروس المضخم للخلايا (Rantakallio & Wendt ,1985) .

التشنجات Seizures :

تحدث تشنجات حديثي الولادة نتيجة لاختلال الأكسجين ، والمشكلات التي تحدث أثناء ولادة الطفل ، وقد تقع هذه الحوادث نتيجة لكبر حجم رأس الجنين ، وتحدث التشنجات بنسبة ٥ - ١٠ في كل ألف مولود ، وهذه التشنجات ترتبط بمعدلات عالية للوفاة (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١١٨) .

ثالثاً : أسباب ما بعد الولادة :

ترجع الإصابة بالإعاقة الفكرية إلى مجموعة من الأسباب الخاصة بمرحلة ما بعد الولادة ، أهمها إصابة الطفل بالأمراض الحمية الفيروسية والميكروبية ، ومن أهمها الحصبة واضطراب الغدد الصماء كالالتهاب السحائي والنزلات المعوية والشعبية الحادة وما يصاحبها من إسهال وجفاف وما يترتب عليها من اضطراب التمثيل الغذائي لدى الطفل أو إعاقته لنمو جهاز أو أكثر من أجهزة جسمه عن أداء وظيفته بالكفاءة المتوقعة حسب سنه وجنسه .

وهناك أيضاً الإصابات الناتجة عن العدوى والممارسات اليومية الحياتية الخاطئة الناتجة عن نقص الوعي الصحي والتلوث وغيرها المرتبطة بدورها بالفقر والحرمان والجهل الذي يؤدي بدوره إلى عدم الاهتمام بإعطاء الطفل التطعيمات في مواعيدها ، بالرغم من أن الدولة توفرها لجميع الأطفال بالمجان ، ومن الممارسات الخاطئة للأهل والمرتبطة بالجهل ونقص الوعي الصحي هي علاج الطفل بوصفات بلدية وإعطائه عقاقير بدون استشارة طبيب متخصص بدعوى أن طفلاً آخر كان يعاني من نفس الأعراض وشُفي بنفس الدواء رغم ما أثبته الطب من تشابه الأعراض لأكثر من مرض .

وتشمل أسباب الإعاقة الفكرية بعد الولادة سوء تغذية الطفل ، والأمراض التي تصيب الطفل ، والصدمات التي يتعرض لها الطفل والتلوث البيئي والعوامل الثقافية الاجتماعية ، ويمكن توضيح هذه العوامل بشيء من التفصيل على النحو التالي :

سوء تغذية الطفل بعد الولادة :

يعرف الغذاء الصحي الجيد بأنه : الغذاء الذي يحتوي على عناصر من المواد الغذائية التي تحافظ على صحة الجسم وتوفر النمو المستمر للطفل ، وهذه العناصر هي : البروتينات ، والدهون ، والكربوهيدرات ، والفيتامينات ، والمعادن ، والألياف ، والماء .

وتعتبر البروتينات ضرورية لاستمرار عملية النمو لأنها تحتوي على عنصر النيتروجين ، وتعمل البروتينات على تكوين الأنسجة التالفة ، وتعمل أيضا على التئام الجروح ، وتعتبر البروتينات عنصرا ضروريا لتكوين الهرمونات ، والخمائر ،

والأجسام المضادة ، والهموجلوبين ، ويوجد البروتين في العديد من المواد الغذائية ، مثل : اللحوم ، والأسماك ، والبيض ، والألبان ، وفي البقول كالبازلاء ، والفاصوليا ، والعدس ، كما توجد البروتينات في المكسرات والحبوب . والدهون من المصادر الغذائية المولدة للطاقة ، وتوجد في زيت الزيتون ، وزيت القطن ، وزيت دوار الشمس ، وزيت الذرة ، وزيت فول الصويا ، واللبن ، وزيت السمك ، والكربوهيدرات ضرورية في بناء خلايا الجسم ، وتوجد في الفواكه والحبوب .

ويحتاج الجسم لكمية من الفيتامينات ، مثل : فيتامين C والذي يعتبر ضروري في التئام الجروح وامتصاص الحديد في الأمعاء ، ويوجد في البرتقال ، والكيوي ، والبطاطس ، والنباتات الخضراء ، وفيتامين B الذي يدخل في الكثير من العمليات في الجسم ، كما يدخل في إنتاج الدم وتكوين بشرة صحية ، ويوجد في الحليب ، واللحوم ، والبيض ، والخبز ، والحبوب والبطاطس ، وفيتامين A ضروري لنمو خلايا البشرة ، والأغشية المخاطية ، يوجد هذا الفيتامين في زيت كبد السمك ، وصفار البيض ، والحليب ، والجبن الزبد ، والخضراوات الخضراء ، والصفراء والحمراء كالكرنب ، والخس ، والسبانخ ، والمانجو ، والطماطم .

ويعتبر فيتامين D ضروري لبناء العظام والأسنان ، ويوجد في البيض والكبد والحليب البقري ، وتمثل المعادن ضرورة لا تقل أهمية عن الفيتامينات والعناصر الغذائية الأخرى ، ويوجد عدد كبير من المعادن ، ولكل معدن ضرورة في صحة الجسم ، فالحديد مادة ضرورية لتكوين الدم ، والزنك ضروري في التآم الجروح وأساسي في جهاز للمناعة ، والسلينيوم مقوي للأغشية المخاطية للجهاز الهضمي والتنفسي .

وتتمثل أهمية الألياف في كونها لا تمتص ، وقد تخرج مع الفضلات في عملية الإخراج ، وهي تساعد على امتصاص المواد الضارة بالجسم وتمنع حدوث الإمساك ، ويعمل على عدم نمو وتكاثر الجراثيم في الأمعاء . ويعتبر الماء عنصرا ضروريا لجميع العمليات التي يقوم بها الجسم ، وخصوصاً تخليص الجسم من المواد الضارة ، وهكذا رأينا أن الجسم في حاجة إلى مزيج من العناصر الغذائية ، وخصوصا في مرحلة الطفولة لأنها مرحلة النمو والبناء ، وعدم توفيره بالكيفية المناسبة من شأنه أن يعوق نمو الطفل في المسار الصحيح ، ويعرض بعض أجزاء الجسم إلى الضمور .

وكشفت نتائج دراسة كلاً من Lamont and Dennis (1988) إلى أن تعرض الطفل لسوء التغذية الحاد قد يعرض الطفل لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

ويلاحظ في بعض المناطق ذات الطبيعة الخاصة مثل : المناطق الجبلية والواحات المعزولة وغيرها وجود حالات إعاقة فكرية ترجع إلى العادات الغذائية ، وافتقار البيئة لبعض العناصر الغذائية ؛ فمثلاً سكان الجبال والواحات يستخدمون نوعاً من ملح الطعام يستخرج من الصخور ، ويفتقر لعنصر اليود ، بينما معظم السكان يحصلون على عنصر اليود إما من ملح الطعام المستخرج من ماء البحر أو ملح الطعام المحضر كيمائياً والمضاف إليه عنصر اليود . ومن المعروف أن اليود عنصر مهم في نشاط الغدة الدرقية ، ويترتب على نقصه حدوث مجموعة من الاضطرابات من بينها حالات الإعاقة الفكرية التي تعرف باسم القماءة أو القصاع Cretinism . وفي هذه المناطق يكون من الصعب عزل العوامل المسببة للإعاقة الفكرية عن بعضها حيث تتداخل العوامل الوراثية والطبيعية والاجتماعية والنفسية بشكل كبير (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١٣٤-١٣٥) .

الأمراض :

قد يتعرض الأطفال خلال المرحلة النمائية للعديد من الأمراض والتي قد تؤدي في بعض الحالات إلى إعاقة نمو المخ أو تلف خلايا المخ وغيرها من المشكلات التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية ، ونعرض بعضاً من هذه الأمراض في الفقرات التالية :

تسمم الدم :

قد يصاب بعض الأطفال في مراحل الطفولة بتسمم الدم والذي يترتب عليه إصابة الأطفال بالإعاقة الفكرية . حيث توصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لإصابة الطفل بتسمم الدم .

التهاب الدماغ :

يحدث التهاب الدماغ نتيجة عدوى فيروسية وفي بعض الحالات يتمكن هذا الفيروس من دخول مجرى الدم ويصل إلى الجهاز العصبي المركزي ويسبب التهاب الدماغ وقد ينتج عنه الإعاقة الفكرية . حيث كشفت دراسة عن وجود ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لالتهابات الدماغ في المرحلة النمائية (Rantakallio & Wendt ,1985) .

التهاب السحايا الجرثومي :

يعرف مرض التهاب السحايا بأنه مرض التهاب البطانة أو الأغشية التي تغطي الدماغ والحبل الشوكي ، وقد ينتج عنه التهاب السحايا الفيروسي والجرثومي ، وقد يترتب عليه إصابة الطفل بالإعاقة الفكرية . حيث كشفت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ٦,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع لالتهاب السحايا الجرثومي .

نزيف حاد داخل المخ :

يؤدي النزيف الحاد داخل المخ إلى إصابة الأطفال بالإعاقة الفكرية . حيث توصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ٦,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى إصابة الطفل بنزيف حاد داخل المخ أثناء الفترة النمائية .

الأورام :

تعرض الأطفال للأورام ، وخاصة الأورام الخبيثة ، والتي قد تعرض الطفل لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية . فتوصلت نتائج دراسة Croen , et al . (2001) أن حوالي ٠,٣ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى تعرض الأطفال إلى الأورام Neoplasm ، وهذه النسبة حوالي ٠,٣ بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ، وحوالي ٠,٢ بين حالات الإعاقة الفكرية الشديدة .

وتوصلت نتائج دراسة Campbell et al . (2004) إلى أن بعض حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى إصابة الطفل بالورم الخبيث Malignancy في الجهاز العصبي المركزي .

اضطرابات الغدد Endocrine :

وتوصلت نتائج دراسة Croen , et al . (2001) إلى أن بعض حالات الإعاقة الفكرية قد ترجع إلى اضطرابات الغدد ، وأن هذه الحالات لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة أكثر من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة .

اضطرابات التمثيل الغذائي Metabolic Disorder :

وتوصلت نتائج دراسة Croen , et al . (2001) إلى أن بعض حالات الإعاقة

الفكرية قد ترجع إلى اضطرابات التمثيل الغذائي . وأن هذه الحالات قد تكون أكثر لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة .

نقص السكر في الدم Hypoglycaemia :

ويطلق على هذا المرض مرض الهيبوجلوسميا ، وهو نقص سكر الدم ، وهو أحد اضطرابات التمثيل الغذائي ، وينتج عن اضطرابات الكبد والبنكرياس . وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ٦,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى نقص السكر في الدم .

أمراض المخ غير المحددة :

هناك بعض حالات الإعاقة الفكرية ترجع لوجود أمراض في المخ غير محددة . حيث توصلت نتائج دراسة Rantakallio and Wendt (1985) إلى وجود حوالي ٣,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية ترجع إلى إصابة الأطفال بأمراض غير معروفة في المخ .

الأمراض العقلية :

تؤكد بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين إصابة الطفل خلال الفترة النمائية بالأمراض العقلية وإصابته بالإعاقة الفكرية . فتوصلت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن حوالي ١٨,٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية بعد الولادة ترجع إلى إصابة الطفل بالذهان .

الأدوية والعقاقير :

قد يصدر عن بعض الأطفال سلوكيات شاذة مثل العدوان والعنف وغيرها من الأمراض النفسية والسلوكية ، وبناءً على ذلك يقوم بعض الأطباء بالتدخل لعلاج هذه الأمراض معتمدين على بعض الأدوية والعقاقير ، إلا أنه يجب الحذر عند الاعتماد على العلاج الطبي باستخدام العقاقير لعلاج هذه المشكلات في مرحلة الطفولة ، حيث أن هذه الأدوية تؤثر من خلال الجهاز الأميني ، وفي نفس الوقت للجهاز الأميني دور مهم في نمو وعمل الأعصاب لدى الأطفال .

الصدمات :

يتعرض بعض الأطفال للصدمات والكدمات نتيجة لتعرض الأطفال للحوادث أو السقوط من أعلى أو غيرها مما يؤثر على الطفل وخاصة الجهاز العصبي المركزي .

وأشارت نتائج دراسة كلاً من Rantakallio and Wendt (1985) إلى أن هناك حوالي ١٥,٣٪ من حالات الإعاقة الفكرية قد ترجع إلى إصابات في المخ أثناء الفترة النمائية . وأن حوالي ٣,١٪ ترجع إلى حوادث السقوط من مناطق مرتفعة .

وهناك العديد من الحوادث التي يتعرض لها الطفل ، وتعرضه لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية مثل حوادث الغرق وحوادث السيارات ، والتي قد تعرض مخ الطفل للتلف أو الإصابة (Campbell et al ., 2004) .

وتؤدي هذه الحوداث إلى إصابة الطفل بدرجة معينة من الإعاقة الفكرية تبعاً لشدة الإصابة وموضعها ومقدار التلف الذي أصاب مراكز المخ وأنسجته ، وغالباً ما يُلاحظ على هؤلاء الأطفال كثرة الحركة ، وسهولة الاستثارة ، وكثرة الغضب ، ويُعزي البعض حدوث الإعاقة الفكرية إلى الاضطرابات التي تصيب عمليات الإدراك (رمضان القذافي ، ١٩٨٨ ، ١٠٧) .

التلوث البيئي :

يعد التلوث البيئي مشكلة كبيرة تواجه كل الدول وخاصة الدول النامية ، حيث ترتفع معدلات التلوث وتأخذ صور التلوث البيئي أشكالاً متعددة منها : تلوث الماء والهواء والتربة بالغازات والعناصر الناتجة من عوادم السيارات والمصانع ، وكذلك القمامة ومخلفات المصانع والنشاط الإنساني ، والمبيدات الحشرية ، وبعض المواد الكيمائية المستخدمة في الأسمدة المستخدمة في الزراعة ، والجراثيم والبكتريا . فكل هذه الصور من التلوث ينتج عنها عناصر كيمائية مثل : الرصاص ، وأول وثاني أكسيد الكربون ، وثاني أكسيد الكبريت ، ومركبات الكبريت والنتروجين ، والزئبق ، والكادميوم . فقد تصل هذه العناصر للطفل عن طريق استنشاق الهواء الملوث بهذه العناصر وعن طريق المياه والمواد الغذائية ، حيث تتفاعل هذه العناصر والمركبات مع الهواء والماء والتربة ، فتؤدي هذه العناصر إلى العديد من الأمراض لدى الأطفال مثل :

أمراض القلب والتنفس والشرايين ، وقد تصل إلى دم الطفل؛ فتصل إلى الدماغ فتسبب العديد من الأمراض .

ويوجد اتجاه متزايد بأن المواد الكيمائية هي المسئولة عن الكثير من الاضطرابات النمائية ، فقد تكون مركبات الدوكسينات Dioxins ، والمبيدات Pesticides ، والإشعاع المؤين Ionizing Radiation ، ومركبات ثنائي الفينيل متعدد الكلور Pcbs مسئولة بشكل كبير عن إصابة الأطفال بالإعاقة الفكرية وصعوبات التعلم (Mendola , et al . ,2002) .

وتعرّض الأطفال لجرعات كبيرة من الرصاص قد يؤدي إلى أمراض الدماغ والتشنجات ، كما أن الجرعات القليلة منه مرتبطة بالإعاقة الفكرية ومشكلات الانتباه والسلوك واضطراب الكلام واللغة (Mendola , et al . ,2002) .

وتؤثر المواد على حياة الإنسان والحيوان ، فمثلا الألومونيوم قد يؤثر على حياة الأطفال والراشدين ، والمنجنيز قد يؤدي إلى التسمم العصبي لدى الأطفال والراشدين (Fell , et al .1996) .

فتعتبر المعادن الثقيلة ذات أضرار متلفة للجهاز العصبي ، ومن هذه المعادن الزئبق والرصاص والزنك (محمد الشناوي ، ١٩٩٨ ، ١٢٧) .

مستوى تعليم الأم :

قد ترجع إعاقة الطفل الفكرية بعد الولادة إلى عوامل بيئة أسرية ، منها : انخفاض مستوى تعليم الوالدين ، وما يترتب عليه من نقص الوعي الصحي وجهل بالعادات الصحية السليمة ، وبالتالي تتبع الأسرة عادات وممارسات يومية خاطئة في تنشئة الطفل جسمياً وعقلياً ونفسياً في مواقف حياتية ؛ كالتغذية والنظافة والتطعيم والعلاج من الأمراض وكلها عوامل مسببة أو مساعدة على حدوث الإعاقة ، وأيضاً كبر حجم الأسرة وما يترتب عليه من عدم الوفاء بالحاجات الأساسية لحياة الطفل ، ومنها التغذية الصحية والمسكن الصحي .

وأكدت بعض البحوث والدراسات أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الأم والإعاقة الفكرية لدى أطفالهن ، حيث أشارت نتائج دراسة إلى أن انخفاض مستوى

تعليم الأم مرتبط بإصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية فئة القابلين للتعليم وفئة القابلين للتدريب (Derek , et al . ,2002) .

وتوصلت نتائج دراسة (2007). Delgado , et al أيضاً إلى وجود علاقة بين تعليم الأم وإصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية ، وتوصلت إلى أنه إذا كانت مدة تعليم الأم أقل من ١٢ سنة تعليم فإن احتمال إصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية قد تبلغ حوالي ١١,٣١٪ ، وإذا كانت مدة تعليم الأم ما يساوي ١٢ سنة تعليم فاحتمال إصابة أطفالهن بالإعاقة الفكرية قد يبلغ حوالي ٩,٢٠٪ .

وتوصلت نتائج دراسة (1998) . Durkin , et al أيضاً إلى وجود علاقة بين الإعاقة الفكرية وتعليم الأم ، وتوصلت نتائج دراسة (2007) . Fidana , et al إلى أن حوالي ٦,٦٪ من حالات الإعاقة الفكرية لأمهات غير متعلمات ، وأن حوالي ٨٨٪ من حالات الإعاقة الفكرية لأمهات مستواهن التعليمي ابتدائي وثانوي .

الوضع الاجتماعي :

قد أشارت نتائج الدراسات والبحوث إلى أن انخفاض الوضع الاجتماعي للأمهات مرتبط بإصابة الأطفال بالإعاقة الفكرية (Louhiala , 1995) .

الحرمان من الأمومة :

لوحظ أن نسبة كبيرة جداً من الأطفال المعاقين فكرياً يكونون من أولئك الذين لسبب أو لآخر حرموا من رعاية أمهاتهم دون أن يعوض ذلك برعاية من تحل محل الأم ، فقد كانت نسبة كبيرة جداً من بين الأطفال المعاقين فكرياً من أطفال انفصل الأبوان عن بعضهما وتحطم البيت وأهمل الأطفال ، كما كان عدد كبير آخر لأمهات عاملات لا يجدن الوقت ولا الطاقة للعناية بأطفالهن ، وقسم آخر لأمهات جاهلات أو منحرفات لا يحسسن بالأمومة بشكلها الصحيح ، وثبت علمياً أن الأمهات اللواتي تقل صلتهن بأطفالهن يعرضن هؤلاء الأطفال لخطر نقص النمو العقلي ، ويرى بعض العلماء أن ترك الأم لطفلها ساعات طويلة دون أن تتصل به بشكل أو بآخر ودون أن تلبي حاجاته عندما يطلبها يؤدي ذلك إلى إعاقة الطفل فكرياً (زهير الكرمي ، ١٩٧٨ ، ٣٧ – ٣٨) .

عوامل أخرى تؤدي إلى الإعاقة الفكرية :

وقد يؤثر نوع الأسرة من حيث كونها أسرة نووية أو ممتدة على الإعاقة الفكرية ، فتوصلت نتائج دراسة Fidana , et al . (2007) إلى أن حوالي ٨٨,٦٪ من حالات الإعاقة الفكرية لأطفال الأسرة النووية ، وأن حوالي ٧,٢٪ من حالات الإعاقة الفكرية لأسر ممتدة ، وأن حوالي ٤,٢٪ من حالات الإعاقة الفكرية لآباء منفصلين .

ويمكن تفسير زيادة نسبة الإعاقة الفكرية في الأسر النووية إلى حرمان الطفل من المثيرات البيئية التي يمكن أن يتلقاها من أقرانهم ، ومن المحيطين بهم من خلال تفاعلاتهم المتعددة في الأسرة الممتدة ، حيث أن الأسر الممتدة قد توفر جوا كبيرا من المثيرات للطفل ربما لا يوفره الآباء في الأسر النووية ، حيث متطلبات العمل ، والحياة الأسرية ، وضغوط العمل قد تشغلهم عن توفير المثيرات المناسبة للطفل ، أو أن حجم المثيرات والتفاعلات في الأسر الممتدة قد يكون أكبر بكثير من صور التفاعل الاجتماعي في الأسر النووية ، وحرمان الطفل من المثيرات البيئية بصفة عامة قد يجعله عرضة للإصابة بالإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من McLaren and Bryson (1987) إلى أن حرمان الطفل من المثيرات الشديدة قد يعرض الطفل لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية .

وتحريم الله عز وجل للزنا له علاقة بالإعاقة الفكرية . حيث ذكر "أبو الأسباط" أن تحريم الزنا والفاحشة وقاية من الأمراض الجنسية المسببة لكثير من الإعاقات؛ فالزهري الذي يصاب به الطفل من أمه التي أصيبت به من زوجها الخائن أو لسلوكها الشاذ من مسببات الإعاقة الفكرية (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ٣٠٨) .

الإعاقة الفكرية والوراثة والبيئة :

سبق أن أوضحنا أن هناك حركة ظهرت تنادي بتعقيم Sterilize الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أو عزلهم في ملاجئ بعيدة عن المناطق السكنية ، وظهرت هذه الحركة نتيجة للبحوث والدراسات التي توصل إليها " فرانسيس جالتون Francis Galton " ، والتي توصل من خلالها إلى أن الوراثة عامل أساسي في تحديد الذكاء . وبناء عليه تزعم حركة تحسين النسل Eugenics Movement في الولايات المتحدة الأمريكية . فكانت فكرته تفيد بالحد من حالات الولادة غير الصالحة .

وقام باحث آخر يدعى "هنري جوادارد Henry Goddard " عام ١٩١٢ ببحوث حول الوراثة والذكاء توصل من خلالها إلى أن الوراثة عامل أولي في تحديد ذكاء الإنسان ، واستند في ذلك لفحصه وتتبعه لأسرة أحد الجنود الأمريكان يدعى "مارتن كاليكاك" - وهي قصة شهيرة في هذا المجال - حيث تتبع نسلين من أبناء "مارتن" النسل الأول كان من فتاة معاقة فكرياً كان قد عاشرها "مارتن" معاشرة الأزواج ، وكان النسل الثاني من زوجته ذات الذكاء العادي ، وبتتبعه أبناء النسل الأول من الفتاة المعاقة فكرياً تبين أن أبناءها من ذوي الإعاقة الفكرية ، وفي المقابل كان نسل الثانية من ذوي الذكاء العادي ، هذا بالرغم من الأخطاء المنهجية في الدراسة إلا أن هذه الدراسة وهذه النظرية لاقت رواجاً كبيراً في هذه الفترة .

وقام "آرثر إيستابروك Arthur Esta Brook" عام ١٩١٥ بدراسة تتبعية لأسرة تدعى "جوكس" توصل من خلالها إلى أن حوالي نصف أفراد هذه العائلة كانوا من ذوي الإعاقة الفكرية ، وكانت نتائجه أقل شدة من نتائج سابقيه فيما يتعلق بالوراثة والذكاء ، حيث أشار إلى أن الوراثة والبيئة من العوامل المسببة للإعاقة الفكرية .

فقد كان لهذه الدراسات وغيرها صدى كبير في أذهان المجتمع الأمريكي فعلت أصوات تنادي بتعقيم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية وبالفعل تم تعقيم عدد كبير من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في معظم الولايات الأمريكية ، وهذا بالرغم من أنه سبق هذه الفترة جهود كبيرة تنادي بالنظرة إلى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية نظرة إنسانية ، إلا أن المجتمع الأمريكي مجتمع نفعي تغلب عليه المصلحة قبل النظرة الإنسانية ، فقامت عدد ولايات كثيرة بفعل هذا العمل الإجرامي الذي يتنافى مع القيم الإنسانية والأخلاقية والدينية والقانونية .

وبدأت على النقيض دراسات أخرى تبنت وجهة النظر البيئية ، والتي ترى أن الإعاقة الفكرية مردودة إلى عوامل بيئية ، وكان من هذه الدراسات دراسات قامت بها "برنادين شميدت Bernadine Schmidt" والتي تؤيد وجهة النظر البيئية بشكل كامل ، وكانت جهود كلاً من "سليلس ودي Sleels & Dye" عام ١٩٤٢ حيث قام الباحثان بدراسة حول أثر البيئة على الإعاقة الفكرية ، وبصفة عامة خلصت كل الجهود إلى أن البيئة المحفزة تعمل على تحقيق مستوى أفضل من الأداء لدى ذوي الإعاقة الفكرية ،

ودعت وجهة النظر البيئية إلى ضرورة أن يتكاتف كلاً من المنزل والبيئة في خلق بيئة تربوية تعليمية تدريبية تعمل على حفز طاقات وقدرات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في وقت مبكر .

وهكذا ثار جدل كبير في هذا الوقت - وما زال - بين أصحاب الاتجاه الوراثي وأصحاب الاتجاه البيئي حول علاقة الوراثة والبيئة والذكاء أو الإعاقة الفكرية .

ويكمن حسم الخلاف في هذه القضية فيما أورده فتحي عبد الحليم (١٩٨٢ ، ٥٣) حيث ذكر أنه لا الوراثة وحدها ، ولا البيئة وحدها يمكن أن تعتبر مسؤولة عن السلوك الإنساني أو النمو الإنساني الكلي ، يبدو أن هناك نوع من التفاعل المعقد يتم بين هذين العاملين ، وهو ما لم يتم تمييزه والتعرف عليه حتى الآن ، فلا يستطيع المرء أن ينكر أثر الوراثة ، ومن ناحية أخرى لا نستطيع أن ننكر دور البيئة ، فكلاهما من العوامل المسببة للإعاقة الفكرية .

الفصل الخامس
تشخيص الإعاقة الفكرية

- التشخيص التكاملي .
- التشخيص الطبي .
- التشخيص السيكومتري .
- التشخيص الاجتماعي .
- التشخيص التربوي .
- التشخيص الفارق .
- التشخيص ومراحل النمو .

الفصل الخامس
تشخيص الإعاقة الفكرية

تعتبر عملية تشخيص وتقييم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من العمليات المهمة ، إذ تسهم في التحديد الدقيق للطفل المعاق فكرياً ، وذلك بوضعه في الفئة التي تناسب إمكاناته وقدراته وبالشكل الذي يمكن من خلاله مساعدة الطفل المعاق فكرياً حتى يستفيد بأقصى ما يمكن من أوجه الرعاية سواءً داخل الأسرة أو داخل مؤسسات المجتمع الخاصة برعايته ، ومن ثم يمكن تحديد البرامج التربوية والعلاجية والأنشطة والوسائل اللازمة للنهوض بمستواه .

ولقيت مشكلة تشخيص الإعاقة الفكرية اهتماماً كبيراً من علماء الطب وعلم النفس والاجتماع ورجال التربية ، لأن الحكم على الطفل بالإعاقة الفكرية يؤثر تأثيراً كبيراً على مستقبله ، فبناءً على كلمتين يصدرهما أخصائي التشخيص "إعاقة فكرية" يتحدد مصير إنسان ومستقبله ومكانته الاجتماعية ، ونوع تعليمه ، وتأهيله ، وتشغيل (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٣٧) .

ويجب أن يبدأ التشخيص مبكراً لأن هذا يساعد في تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب حتى نتمكن من تقديم الخدمات التربوية والنفسية الملائمة له ، فالتبكير في التشخيص يسهم في تحسن حالات عديدة من التدهور مثل عامل الريزوس المعروف طبياً باسم عامل RH وحالات استسقاء الدماغ (أمل معوض ، ٢٠٠٢ ، ١٣٧) .

وتهدف عملية تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية إلى التعرف على قدرات الطفل ونواحي ضعفه وقوته بقصد وضعه في المكان المناسب له حتى تُقدم له الخدمات التربوية والنفسية اللازمة ، ولا نهدف من عملية التشخيص مجرد جمع البيانات عن الطفل بما يمكننا من إصدار حكم على إعاقته الفكرية ، وإنما نهدف إلى جمع البيانات بما يساعدنا على وصف نوع الخدمات التي ينبغي أن تقدم له ، وإذا اقتصر هدفنا من عملية التشخيص على مجرد التعرف على حالات الإعاقة الفكرية ، فالتشخيص الذي نقوم به يكون عملاً مبتوراً لا يؤدي إلى فائدة ، حيث أن قيمة التشخيص في نظرنا تنحصر في

المعلومات التي نحصل عليها بما يساعدنا في رعاية الطفل ، فالتشخيص لا بد أن يعقبه العلاج (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٣٣) .

ويمكن التعرف على حالات الإعاقة الفكرية أثناء الحمل أو عند الولادة أو بعد الولادة ، وبعض حالات الإعاقة الفكرية قد يصعب التعرف عليها حتى عند دخول المدرسة (Demirel ,2010) .

وحدد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية عام ١٩٩٤ عدداً من الشروط يمكن اعتبارها من المحكات المهمة لتشخيص الطفل المعاق فكرياً ، وتتمثل في الآتي :-

- أن يكون أداؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط بشكل دال .
- أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتني بنفسه أو يعيش بشكل مستقل؛ بمعنى أن يعاني من قصور في سلوكه التكيفي .
- أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد ، أي قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٩٠) .

وذكر سليمان الريحاني (١٩٨١ ، ٣٧) عن "دول" أن الطفل المعاق فكرياً يتصف بما يلي :

- ليست لديه القدرة على الكفاءة الاجتماعية ، مما يجعل الفرد غير قادر على التلاؤم والتكيف مع الجماعة ، وغير كفء مهنياً ، وكذلك ليست لديه القدرة على تدبير شؤونه .
- المستوى العقلي لديه أقل من العاديين .
- ظهور حالة الإعاقة الفكرية لديه قبل الولادة أو في السنوات الأولى من عمره .
- سيكون معاقا فكرياً عند بلوغه مرحلة النضج .
- إن أسباب إعاقته الفكرية تعود لعوامل تكوينية ، أو وراثية ، أو نتيجة إصابته بمرض .
- إن حالة المعاق فكرياً لا أمل في شفائها .

ويعتمد التشخيص اعتماداً كبيراً على التاريخ الأسري والطبي الشامل ، وهذا يتضمن الفحص الجسمي الكامل ، والتقييم النمائي الدقيق ، وأن هذا سوف يتيح

الفرصة للتقويم المناسب ، وأيضا تقديم الإرشاد الوراثي ، وهذا التقييم الدقيق سوف يوضح للأسرة مصادر الدعم ، وكذلك برامج التدخل المبكر المناسبة للطفل (Rutter 2006) .

وبصفة عملية تشخيص الإعاقة الفكرية ليست مهمة سهلة ، لأن البطء في النمو العقلي الذي يعانيه الفرد المعاق فكرياً لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة ، وإنما نستدل عليه من معايير تشخيص متعددة (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٣٧) .

التشخيص التكاملي :

وتعتبر الإعاقة الفكرية ظاهرة معقدة متعددة الجوانب ، وأن القصور الذي يترتب عليها لدى الفرد لا ينحصر في الجانب العقلي بمعنى الذكاء فحسب ، بل يتضمن العديد من الجوانب الأخرى سواءً كانت التحصيل المدرسي أو الجوانب الجسمية الحركية والحسية والوجدانية والاجتماعية ، وهذا يدعونا إلى ضرورة استخدام أكثر من محك تشخيصي مما يساعدنا على تجنب الوقوع في أخطاء (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢١٣- ٢١٤) .

ويتجه الباحثون حديثاً إلى الأخذ بالاتجاه التكاملي في تشخيص حالات الإعاقة الفكرية ، وفي هذا النوع يتم الجمع بين النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية ، وهذه الأعراض من وجهة نظرهم لا تظهر معاً إلا في حالات الإعاقة الفكرية ، ويقوم بهذا التشخيص فريق من المتخصصين كلٌ في مجاله (فاروق الروسان ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩) .

فينبغي أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل من قبل فريق من المتخصصين في النواحي الجسمية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ، أي يجب أن يتضمن التشخيص المتكامل البعد الطبي والبعد العقلي والبعد التعليمي والبعد الاجتماعي (أمل معوض ، ٢٠٠٢ ، ١٣٧-١٣٨) .

وتوجد أيضاً العديد من المشكلات الأخرى التي يعاني منها الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، والتي قد تتزامن في حدوثها مع الإعاقة الفكرية ، ومن بينها المشكلات التي تتعلق بالمشي ، والمشكلات الحركية الدقيقة ، والتحدث والسمع والإبصار كما يعانون من الصرع والشلل الدماغي (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٩٦) .

ويجب أن نضع كل هذه المشكلات في الحسبان عند تشخيص حالات الإعاقة الفكرية ، لذلك كان الأسلوب التكاملي في التشخيص والذي يجمع بين النواحي الطبية والتربوية والاجتماعية والنفسية أسلوباً دقيقاً في تحديد حالات الإعاقة الفكرية ، إذ أنه يبتعد عن المجازفة والعشوائية ويتسم بالموضوعية في التقييم والتشخيص ، كما أن إخبار أسرة بأنه لديها طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية يترتب عليه العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والمادية التي ستعاني منها الأسرة لوجود هذا الطفل ، فيجب أن يتوخى الأخصائي الحذر قبل أن يخبر والدي الطفل؛ وذلك بالتشخيص الدقيق المتعدد ، ولا يكتفي بوصف الطفل بالإعاقة الفكرية ، بل عليه أن يضعه في الفئة التي تناسب مستواه من فئات الإعاقة الفكرية ، ويساعد الأسرة بما تحتاجه ويحتاجه الطفل من خدمات خاصة ، وفي هذه الحالة يكون التشخيص المتكامل قادر على تلبية كل هذه الاحتياجات .

وانحصر التقييم والتشخيص السيكولوجي في الفترات السابقة في تطبيق أحد مقاييس الذكاء المقننة ذات المعايير المناسبة لسن المفحوص المستخدم معه الاختبار ، وبناء على هذا التقييم والتشخيص تم تجاهل وإغفال طبيعة الإعاقة الفكرية المتفق عليها بوصفها مشكلة متعددة الأبعاد ، ويزيد من صعوبة فهم هذه الأبعاد أنها متشابكة ومتداخلة وإذا افترضنا أننا قد تمكنا من معرفة هذا التداخل في حالة من الحالات فإنه من الصعب أن يتكرر نفس هذا التداخل بنفس الصورة في حالة أخرى ، فاستخدام اختبار الذكاء لا يخدم إلا قياس ذكاء المفحوص ، وهو لا يعدو أن يكون بعداً واحداً فقط من المشكلة ، ومن ثم فإن التقييم هنا عملية ناقصة وقاصرة (فاروق صادق ١٩٨٢ ، عمر بن الخطاب ١٩٩٢) .

واستخدام العمر العقلي في مجال تشخيص الإعاقة الفكرية يعطي تقدير كمي للذكاء ، وهذا لا يعبر بشكل كافي عن المحتوى ، وهذا يشير إلى أن التساوي في العمر العقلي لا يعني بالمعنى الدقيق التساوي في القدرة العقلية ، فقد يكون هناك تساوي من ناحية الكم ، ولكن ليس بالضرورة أن يكون هناك تساوي أيضاً من ناحية الكيف .

ويتضح مما سبق ذلك أن معيار الذكاء ليس كافياً لتحديد حالة الإعاقة الفكرية ، فتحديد حالة الإعاقة الفكرية ينبغي أن يتضمن العديد من الجوانب ، مثل :

الحالة الصحية للأم قبل وأثناء الحمل وأثناء عملية الولادة ، وحالة الطفل خلال الفترة النمائية ، وعلاقة الطفل بأسرته وجيرانه ، وأقرانه ، وتفاعله الاجتماعي بصفة عامة وقدرته على التعامل أو الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بصفة عامة ، وقدرة الطفل على الإنجاز والتحصيل في المهام الأكاديمية ، فكل هذه الجوانب وما يرتبط بها يجب أن تؤخذ في الحسبان عند تشخيص وتقييم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

وتأييداً لوجهة النظر التكاملية في تشخيص الإعاقة الفكرية يوضح عبد المطلب القريطي (٢٠١١ ، ٢٠٧ -٢٠٨) العلاقة بين الذكاء والسلوك التكيفي في تشخيص وتحديد حالات الإعاقة الفكرية نذكر منها ما يلي :

- الإعاقة الفكرية ظاهرة معقدة متعددة الجوانب والأبعاد ، وأن القصور الذي يترتب عليها لدى الفرد لا ينحصر في الجانب العقلي - بمعنى الذكاء - فحسب ، وإنما يشمل جوانب مختلفة من السلوك عقلية معرفية ، وتحصيلية مدرسية ، وجسمية وحركية وحسية ، ووجدانية واجتماعية ، وتسهم هذه الجوانب جميعاً في عملية التكيف بصورة كلية .
- استخدام أكثر من محك في التشخيص يساعدنا على تجنب أخطاء القياس غير المقصودة باستخدام اختبارات الذكاء وحدها ، والتي ربما ترجع إلى ظروف عملية لتطبيق هذه الاختبارات ، أو ما قد يرجع إلى القائمين بتطبيق هذه الاختبارات .
- معاملات الذكاء وحدها غير كافية للدلالة على الإعاقة الفكرية ، فهي ليست العامل الأساسي المحدد لسلوك الفرد ومستوى تصرفاته ، وليست المسئول الوحيد عن تحصيله واكتسابه ، فهي لا تعكس سوى جانب واحد لا يكفي لتحديد مستوى مقدرات الفرد واستعداداته وسعته العقلية .
- تقيس اختبارات الذكاء متوسط مدى واسعاً من القدرات طبقاً لمفهوم الذكاء الذي يبنى عليه الاختبار ، فإذا ما حصل طفل على درجات مرتفعة في أجزاء معينة من الاختبار وحصل في الوقت ذاته على درجات منخفضة في أجزاء أخرى فإن متوسط الدرجات في مثل هذه الظروف قد لا يكون دالاً على إمكانات الفرد العقلية المختلفة ، ومن ثم يساء تفسير نتائج الاختبار بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

- أن من يستخدمون اختبارات الذكاء بمفردها لتشخيص الإعاقة الفكرية يفترضون حسن النية المتناهية ، حيث إنهم يرون أن من تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ على اختبار ذكاء معين بدرجة واحدة يعد معاق فكرياً في الوقت الذي يزيد فيه طفل ما عن ذلك ولو بدرجة واحدة يعد غير معاقا فكرياً ، وهذا التحديد القطعي بمحك الذكاء وحده يعد أمراً مشكوكا فيه .

وتضمن القانون العام رقم ٩٤ / ١٢٤ - والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين - بُعد السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة الفكرية . وأن بعض الدراسات قد أشارت إلى أن العلاقة بين كلاً من الذكاء والسلوك التكيفي علاقة إيجابية طردية ، ويعني ذلك أنه كلما زادت القدرة العقلية للفرد كلما زادت قدرته على السلوك التكيفي ، والعكس صحيح ، ويعني ذلك أيضاً أن للذكاء أثراً واضحاً في القدرة على السلوك التكيفي ، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن العلاقة بين كلاً من الذكاء والسلوك التكيفي علاقة سلبية عكسية ، ويعني ذلك أن زيادة قدرة الفرد العقلية لا تعني بالضرورة زيادة قدرته على السلوك التكيفي بل قد يكون العكس هو الصحيح ، حيث يفشل البعض في القدرة على السلوك التكيفي في الوقت الذي يظهرون فيه قدرة عقلية عادية ، والعكس صحيح ، أي نجاح بعض الأفراد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية في الوقت الذي يفشل فيه أولئك الأفراد في تحقيق قدرة عقلية أو تحصيلية عالية (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ٢٠ - ١٥٠) .

ويرى كلاً من يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار (١٩٨٥ ، ٣٤) أنه لتشخيص حالة من حالات الإعاقة الفكرية ينبغي أن تتوافر لدينا معلومات وبيانات عن حالة الطفل الجسمية والنفسية والثقافية وهذا يستلزم وجود عدد من الأخصائيين في مجالات مختلفة ويتشكل هذا الفريق على النحو التالي :

١- الطبيب : يفحص حالة الطفل الجسمية سواء منها ما يتصل بالجهاز العصبي أو الحواس أو الصحة العامة ، وذلك لمساعدته بتقديم ما يلزم من علاج طبي ، فثمة احتمال لوجود بعض الاضطرابات العصبية والحاسية خاصة لدى المستويات الدنيا من حالات الإعاقة الفكرية .

٢- الأخصائي الاجتماعي : يقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي عاش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي مرّ بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها أو التي أصيبت بها أمه أثناء الحمل ، وتسلسل مظاهر النمو التي مرت بها الحالة .

٣- الأخصائي النفسي : يقدم تقريراً عن مستوى قدرات الطفل ومهاراته وحالته الانفعالية ويعطينا بصفة عامة صورة متكاملة عن طريق الاختبارات وملاحظاته وخبراته الخاصة .

٤- مدرس التربية الخاصة : يخطط نوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل والتي يستطيع أن ينتفع بها في حدود البيانات التي حصل عليها من تقارير الطبيب والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي .

٥- أخصائي التأهيل المهني : خاصة في مستويات الأعمار المرتفعة ابتداء من سن السادسة عشرة ، وهو السن الذي يستحسن أن يبدأ فيه التأهيل المهني ، وذلك كي يقترح أنواع الخبرات التي ينبغي أن يمر بها الفرد كي يؤهل لحرفة معينة في ضوء ما لديه من قدرات ومهارات وسمات انفعالية .

ونكون هنا قد دللنا على أهمية التشخيص المتكامل في تشخيص وتقويم الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . ونعرض في الصفحات التالية عناصر التشخيص المتكامل والتي تتضمن التشخيص الطبي ، والسيكومتري ، والاجتماعي ، والتعليمي ، والتشخيص الفارق .

التشخيص الطبي :

تشمل النواحي الطبية البيانات اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواءً منها ما يتعلق بالطفل ذاته أو بأسرته ، ومن بينها التاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والحاسي ، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية ، بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي إن وجد (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٢٠٩) .

ويتطلب استيفاء التاريخ الطبي للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية مهارة فائقة ، وقد يكون من الصعب الحصول على هذا التاريخ في حالة إنكار الوالدين ، أو عندما

يعمدون إلى تشويه الحقائق ، وفى ظل ما يقرب من ٢٥٠ سبباً للإعاقة الفكرية يجد الطبيب صعوبة في الوصول إلى تشخيص دقيق ، ولا سيما إذا كانت المعلومات التي يحصل عليها مضللة ، ويعتمد الأطباء النفسيون على المقاييس المعملية ، ونتائج الفحوص الجسمية للحصول على المعلومات من مقدمي الرعاية ، وإجراء الملاحظات لتحديد المشكلات (السيد الشربيني ، ٢٠٠٨ ، ٢٩٩) .

ويتطلب الفحص الطبي ما يلي :

- الحالة الصحية للوالدين : وتشمل الحالة الصحية للوالدين قبل الحمل ، ومنها الأمراض المعدية التي يعاني منها الوالدين ، والمشكلات الوراثية ، ومشكلات المخ ، والتعرف على حالة الوالدين من حيث تعاطي المخدرات والكحوليات والعقاقير المخدرة ، والتدخين ، وحالات الإعاقة في أسرة الوالدين ، وغيرها من المشكلات ذات الصلة بالإعاقة الفكرية .
- ظروف الحمل : وتشمل ظروف الحمل من حيث شرعيته أو عدم شرعيته ، قبول الوالدين للطفل أو عدم قبولهما ، مراحل تطور الجنين في بطن الأم ، الأمراض المعدية التي إصابة الأم أثناء الحمل ، تعرض الأم للإشعاعات ، الصدمات والكدمات التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل ، تناول الأم للعقاقير أثناء الحمل وأنواعها ، تعاطي الأم للمخدرات والكحوليات والتدخين أثناء الحمل ، تعرض الأم للتسمم ، وتلوث البيئة ، النظام الغذائي للأم أثناء فترة الحمل .
- ظروف الولادة : تحديد ظروف الولادة ، مثل : نوع الولادة طبيعية أو متعثرة أو قيصرية ، المشكلات التي تعرضت لها الأم أثناء الولادة وطرق التغلب عليها ، المشكلات التي تعرض لها الجنين أثناء الولادة ، حالة الطفل مكتمل النمو أو غير مكتمل "مبتسرون" .
- مظاهر النمو الجسمي والحسي والحركي : وتشمل مظاهر النمو الجسمي من حيث الطول والوزن ، والنمو الحركي من حيث حركة الرأس والجذع والأطراف ، والحبو ، والمشي ، والنمو الحسي من حيث النظر والسمع ، وغيرها .
- اضطرابات الغدد : يفيد تحديد اضطرابات الغدد وأعراضها الجسمية في تشخيص حالات الإعاقة الفكرية ، فهناك بعض حالات الإعاقة الفكرية الناتجة عن

اضطرابات الغدد ، مثل اضطراب الغدة الدرقية والذي ينتج عنه حالات من الإعاقة الفكرية تسمى حالات القصاع أو القماءة .Cretinism.

- قياس محيط الرأس : ويقصد به تحديد وقياس محيط الرأس **Skull Circumference** في ضوء المعايير الطبية أو بالمقارنة بأقرانه حديثي الولادة ، حيث توجد علاقة بين حجم الرأس والإصابة بالإعاقة الفكرية ، فهناك حالات إعاقة فكرية ناتجة عن صغر حجم الدماغ ، وتسمى حالات صغر الدماغ **Microcephaly** ، وهناك حالات إعاقة فكرية ناتجة عن كبر حجم الدماغ ، وتسمى حالات كبر الدماغ **Macrocephaly** ، وحالات استسقاء الدماغ **Monogolism** ، ويرى فاروق الروسان (٢٠١٠ ، ٧٩) أن حجم الرأس الطفل العادي حديثي الولادة يتراوح بين ٣٢ - ٣٦ سم .

- فحص حالات الجلاكتوسيميا **Glactosemia** : وهي إحدى حالات اضطراب التمثيل الغذائي ناتجة عن فشل جسم الطفل في التمثيل الغذائي لسكر اللبن وتحويله إلى سكر جلوكوز ، وينتج عن هذه الحالة زيادة نسبة السكر في الدم والتي بدورها تؤثر على النشاط العصبي بصفة عامة .

- فحص حالات الهيبوجيليسيميا **Hypoglycemia** : وهي أيضا من حالات اضطراب التمثيل الغذائي التي تنتج عن أمراض الكبد واضطراب البنكرياس والذي يترتب عليهما نقص السكر في الدم .

- حالات الفينيلكتونيوريا **Phenylktonuria** : هي حالة تنتج عن عدم كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم اللازم لعميلة أكسد حامض الفينيلين **Amino Acid Phenylalaine** ، ويترتب عليه ظهور حامض الفينيلين في الدم كمادة سامة تصل إلى الجهاز العصبي المركزي .

- فحص المخ : ويشمل هذا الفحص الكشف عن أمراض المخ التي تحدث بعد الميلاد لدى الطفل مثل : التصلب الدرني ، والأورام العصبية ، وفحص المظاهر الإكلينيكية الأخرى ، مثل فحص تشوهات المخ ، وفحص مكونات المخ ، وفحص تكوين التجاعيه على سطح المخ ، وفحص عظام الجمجمة .

- الفحص الكروموسومي : ويشمل فحص مدى توليف النظام الكروموسومي ، حيث يعتبر اضطراب التمثيل النسبي الكروموسومي وأخطائه من أسباب الإعاقة العقلية مثل : حالات متلازمة داون Down's Syndrome ، ومتلازمة مواء القطط Cri du chat ، ومتلازمة كليفنتر Klinefelter Syndrome .... وغيرها من الاضطرابات والأمراض الناتجة عن الخلل الكروموسومي والتي تتصف بالإعاقة الفكرية .
- الحالة الصحية للطفل بعد الولادة : وتشمل الأمراض المعدية التي تعرض لها الطفل بعد الولادة وأثناء الفترة النمائية ، والتهابات المخ ، والصدمات والكدمات التي تعرض لها الطفل في الفترة النمائية وخاصة صدمات وكدمات المخ ، ونظام التغذية للطفل أثناء فترة النمو .
- التعرف على نتائج اختبار "أبجر[١]" والذي غالباً ما يتم تطبيقه عند الولادة المباشرة : ويتضمن فحص لون البشرة ، ومعدل دقات القلب ، والاستجابة والتوتر العضلي ، والتنفس ، ويتم تطبيقه عند الدقيقة الأولى من الحمل ثم يعاد تطبيقه بعد ٥ دقائق من الولادة ، ويمكن تطبيقه أكثر من مرة للتحقق من سلامة الطفل ، وإذا حصل الطفل على درجات تتراوح من ٧ - ١٠ فهو في المعدل الطبيعي ، وإذا حصل الطفل على أقل من ذلك يعاد تطبيق الاختبار عليه حتى يتم التحقق من النتائج .

وتعد فحوص ما قبل الزواج من الإجراءات المهمة قبل الزواج ، لأن إجراءها يتم فيه تحديد الخصائص الوراثية للوالدين ، والأمراض المعدية التي يعاني منها الوالدين ، وغيرها من المشكلات والاضطرابات التي ترتبط بالإعاقة الفكرية ، وبالرغم

---

(١) وضعت هذا الاختبار فريجنا أبجار Virginia Apgar (١٩٠٧ - ١٩٧٤) تخصصت في الطب "تخدير" ، وقد لاحظت أن الأطفال ذوي الاضطرابات والمشكلات يتشابهون في بعض الصفات عند الولادة ، وهذه الصفات تتركز في لون الجلد ، ومعدل دقات القلب ، والتوتر العضلي والاستجابة للإثارة والحركة ، لذلك فكرت في تصميم أداة بسيطة يمكن تطبيقها عدة مرات على الطفل المولود أثناء الولادة ، وهي تمثل فحص مبكر للمشكلات التي يمكن أن يعاني منها الطفل المولود .

من التشريعات التي تلزم الأفراد - المقبلين على الزواج - بإجرائها قبل الزواج إلا أن البعض ما زال يتهرب من إجرائها ، وبعض الجهات المختصة تقوم بإجرائها باعتبارها عمل روتيني ومجرد إجراء ، وهذا يتطلب حملات توعية مكثفة لحث الشباب على ضرورة إجرائها وأخذها في الاعتبار قبل الزواج ، ومعاقبة كل من يتقاعس عن إجرائها باعتبارها مشكلة مجتمع ، وتفعيل التشريعات والقوانين الخاصة بإجراء فحوص قبل الزواج ومراقبة كل مسئول عن التقصير فيها ، وإلا فالآباء والمجتمع على حد سواء مسئولان عما يترتب عن التهرب من إجراء فحوص ما قبل الزواج من مشكلات واضطرابات تتعلق بأبنائهم .

التشخيص السيكومتري :

ظهر الاتجاه السيكومتري في تشخيص حالات الإعاقة الفكرية نظراً للانتقادات التي وجهت للتشخيص الطبي ، حيث يعتمد التشخيص الطبي على تحديد الأسباب المؤدية للإعاقة الفكرية فقط ولا يقدم تقدير لمستوى القدرة العقلية ، وبصفة عامة النظرة الحديثة في تشخيص الإعاقة الفكرية تجمع بين التشخيص الطبي والتشخيص السيكومتري .

ويعتمد التشخيص السيكومتري على الذكاء ، وتعتبر كلمة ذكاء هي كلمة مجردة ، وهي مفهوم نصف به ضروب السلوك التي تصدر عن الفرد وتدل على الفطنة والكياسة وحسن التصرف ، ولقد حاول العلماء في ضوء دراساتهم وضع تعريفات للذكاء ، فقد عرفه "وكسلر" بأنه القدرة العامة للفرد للقيام بتصرفات هادئة والتفكير بطريقة منطقية والتعامل مع البيئة تعاملاً يتصف بالكفاءة . بينما عرفه "تيرمان" أنه القدرة على التفكير المجرد؛ أي التفكير باستخدام الألفاظ والأرقام مجردة عن مدلولاتها الحسية ويقول "سبيرمان" أن الذكاء هو القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات . بينما يرى "كلفن" أن الذكاء هو القدرة على التعلم . ويرى "وشتيرن" أن الذكاء هو القدرة على التكيف العقلي للمشاكل والمواقف الجديدة . وأخيراً يرى "ديربورن" أن الذكاء هو القدرة على اكتساب الخبرة والإفادة منها (عباس عوض ، ١٩٨٠ ، ٢٠٣) .

ويوجد ما يشبه الاتفاق التام على اعتبار الذكاء محكاً أساسياً في تقدير وتشخيص

حالات الإعاقة الفكرية ، حيث يعاني الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من انخفاض واضح في الأداء الذهني . وهذا الأداء يقدر عادة باستخدام أحد مقاييس الذكاء الفردية ، وربما يكون قياس الذكاء من باكورة القياسات التي عرفها علم النفس والتي أعطته منحى تطبيقياً . وبرزت أهميته في المجالات العلمية ، وبصفة خاصة بعد أن كلفت الحكومة الفرنسية كلاً من "سيمون وبينيه" بإعداد اختبار يمكن عن طريقه التعرف على الحالات بطيئة التعلم ، وهو الجهد الذي ترتب عليه إعداد أول اختبار أساسي للذكاء عام ١٩٠٥ ، والذي عرف باسم اختبار "بينيه - سيمون" ، والنظريات الحديثة للذكاء تتجه إلى نظرية تشغيل المعلومات Information Processing ، وعلى سبيل المثال : فقد ركز بعض الباحثين على وصف محاولات الفرد من لحظة لأخرى لحل المشكلات من اللحظة التي يسجل فيها منبه ما للفرد استجابة لفظية أو حركية وتعتبر هذه النظرة للذكاء ذات طبيعة دينامية عن النظريات السابقة التي كانت تتحدث عن مكونات للذكاء (محمد الشناوي ، ١٩٩٧ ، ١٧٩- ١٨٩) .

واختلف علماء القياس في تحديد نسب الذكاء التي تفصل بين الإعاقة الفكرية والتأخر العقلي ، فجعلها "تيرمان" أقل من ٧٠ ، وجعلها "شيرتون" أقل من ٨٠ ، وجعلها "وكلمان" أقل من ٧٥ ، وجعلها "بورتيوس" أقل من ٦٠ ، وجعلها "وكسلر" أقل من ٦٦ ، ولكن يبدو أن كثيراً من علماء القياس متفقون على جعل الدرجة ٧٠ هي الحد الفاصل بين الإعاقة الفكرية وبطيئ التعلم ؛ أي من يحصل على ٧٠ - ٨٤ يعتبر بطيئ تعلم (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٣٩) .

ويبلغ المتوسط على اختبار ستانفورد - بينيه ، واختبارات وكسلر ١٠٠ ، والانحراف المعياري لمقياس بينيه ١٦ ، والانحراف المعياري لاختبار وكسلر ١٥ ، وبناءً على محددات الإعاقة الفكرية والتي تشير إلى أن المعاق فكرياً هو من يقل ذكاؤه عن المتوسط بمقدار ٢ انحراف معياري ، فيكون الطفل المعاق فكرياً هو من يحصل على ٦٨ على اختبار ستنانفورد - بينيه ، وهو من يحصل على ٧٠ على اختبار وكسلر .

واعتمادنا على نسبة الذكاء في تشخيص الإعاقة الفكرية مستمر ، وهذا بالرغم من الانتقادات التي وجهت إلى اختبارات الذكاء ، وإن كان هناك توجه لاستخدام الأطر النظرية النمائية القائمة على الدراسات والبحوث الموسعة التي أجراها عالم النفس

"بياجيه" على الأطفال ، لأنها تحمل دلالات على أساليب وطرق جديدة تحل محل اختبارات الذكاء التقليدية ، إلا أن الصعوبات الكامنة في عمليات التقنين ، والحاجة إلى التدريب المكثف والعميق لأولئك الذين توكل إليهم مهمة تطبيق الاختبارات وتفسير نتائجها ، وغير ذلك من الأساليب النمائية لتقدير النمو العقلي ، التي تأخذ من الإطار النظري الذي وضعه "بياجيه" منطلقاً لها (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٢ ، ٤٢) .

فيرى البعض أنه بالرغم من أهمية اختبارات الذكاء في تشخيص الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية إلا أنه يشوبها بعض القصور ، فلم يعد اعتبارها المحك الوحيد في تشخيص الإعاقة الفكرية ، وذلك للأسباب الآتية :

- عدم وجود اتفاق على تعريف الذكاء والعوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء .
- تدخل كثير من العوامل التي تؤثر على تباين درجات الأفراد على اختبارات الذكاء ، وهو ما يسمى بخطأ القياس .
- عدم الاتفاق بين علماء النفس حول نسب الذكاء التي تحدد فئات الإعاقة الفكرية .
- إمكانات الخطأ في تفسير نتائج اختبارات الذكاء للفرد من اختبار لآخر (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٢ ، ٤٦ – ٤٧) .

ويتم تحديد نسبة الذكاء باستخدام مقاييس الذكاء ومنها ما يلي :

مقياس ستانفورد – بينيه :

أعد هذا المقياس "بينيه[١] " في فرنسا عام ١٩٠٥ بالتعاون مع زميله سيمون ، وذلك عندما طلبت منه وزارة المعارف الفرنسية عام ١٩٠٤ إعداد وسيلة موضوعية لقياس الذكاء ، وقد سبق هذه المحاولة محاولات عدة[٢] لم يكتب لها النجاح الذي حققه مقياس بينيه ، ويعتبر هذا المقياس أول مقياس ذكاء ، وقد خضع المقياس لعدة تعديلات منها ما قام بإجرائها "بينيه" بنفسه عام ١٩٠٨ وعام ١٩١١.

---

(١) ألفريد بينيه عالم نفس فرنسي ، اشتهر بأول اختبار ذكاء في العالم ، ولد في ٨ يوليو ١٨٥٧ ، وتوفي في ١٨ أكتوبر ١٩١١.

(٢) الباحثون الأوئل استخدموا طرق بسيطة للتعرف على الذكاء منها اختبارات المهمات القصيرة السهلة مثل القدرة على تقدير المسافة ، وسرعة رد الفعل (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٢٩) .

وهناك بعض الكتابات تشير إلى أن مقياس بينيه تم وضعه لعزل وتصنيف ضعاف العقول ، إلا أن هناك أدلة أخرى تشير إلى أن مقياس "بينيه" للذكاء في الأصل أداة صُممت بغرض قياس مظاهر الذكاء ذات الأهمية للنجاح في العمل المدرسي ، فلا يزال هذا هو الاستخدام الرسمي الأساسي للاختبار ، ولكن تعديل "تيرمان - ميرل" لمقياس "بينيه" وجد أنه أيضاً أحد أدوات التنبؤ الجيدة بالنجاح المهني للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٢ ، ٣٢) .

ويتكون المقياس الأصلي لبينيه من ٣٠ اختبار فرعي ، ومن أشهر التعديلات ما قام بها كل "تيرمان وميريل" في جامعة ستانفورد ، ومن هذا التاريخ أطلق عليه مقياس ستانفورد – بينيه ، وذاع صيت هذا الاختبار ، واكتسب من القوة والشهرة ما جعله مستخدما في كل أنحاء العالم ، حيث تم تقنين المقياس في كل أنحاء العالم ، وفي الوطن العربي تم تقنينه ومنه النسخة الأردنية ، والنسخة المصرية .

ويهدف المقياس إلى تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص ، وتحديد موقعه على متصل التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ، ويقوم بتطبيقه متخصص مدرب في مجال علم النفس ، ويعتبر هذا المقياس من المقاييس الفردية ، ويعطي بعد تطبيقه درجة للعمر العقلي ، ودرجة لنسبة الذكاء ، ويستغرق تطبيقه حوالي ٩٠ دقيقة ، وعملية التصحيح تستغرق حوالي من ٣٠ – ٤٠ دقيقة .

ويلزم تطبيق الاختبار تحديد المكان والزمان اللازمان للتطبيق ، وتهيئة المفحوص ، وتكوين الألفة بين الفاحص والمفحوص ، ومن إجراءاته تحديد العمر القاعدي للمفحوص ، والعمر العقلي ، وتحديد سقف العمر ، ويتم من خلاله تحديد نسبة الذكاء ، وهي عبارة عن العمر العقلي على العمر الزمني في مائة ، ومن المفاهيم الخاصة بهذا المقياس مصطلح "العمر القاعدي" ، ويعرف بأنه : العمر الذي ينجح فيه المفحوص في الإجابة على كل اختبارات ذلك العمر ، ومصطلح "سقف العمر" ، ويعرف بأنه : العمر الذي يفشل فيه المفحوص عن الإجابة على كل اختبارات ذلك العمر ، ومصطلح "العمر العقلي" ويعرف بأنه : مجموع الشهور العقلية التي يحصل عليها المفحوص مضافاً إليها العمر القاعدي .

وكشفت الدراسات المتعددة التي أجريت حول صدق وثبات المقياس أن المقياس يتمتع بصدق وثبات عالي ، وهذا ما جعل المقياس صالح للاستخدام حتى الآن .

مقاييس وكسلر :

يرجع الفضل لمقياس "ستانفورد – بينيه" في ظهور عدد كبير من الاختبارات ، وبالرغم من الانتقادات التي وجهت إليه إلا أنه المرجع الذي أثار حماس كثير من الباحثين لإعداد مثل هذه النوعية من الاختبارات ، وظهرت مقاييس وكسلر للذكاء نتيجة للانتقادات الكثيرة التي وجهت لمقياس "ستانفورد – بينيه" ، ومن هذه الانتقادات التي وجهت إلى الأساس النظري الذي بُني عليه المقياس ، ودلالات صدق وثبات المقياس ، وإجراءات التطبيق والتصحيح .

وأقام وكسلر مقاييسه بناء على تصوره عن الذكاء والذي يرى أنه قدرة كلية وعامة تمكن الفرد من القيام بفعل معين ، وأن يفكر بطريقة عقلانية ، ويتفاعل مع البيئة بكفاءة عالية ، وبناء على ذلك يرى أن الفرد يجب أن يتميز بالعديد من السمات النفسية منها : القدرة على الضبط الذاتي ، والدافعية ، والإصرار ، والمثابرة ، ويعطي مقياس وكسلر ثلاثة نسب للذكاء هي : الذكاء اللفظي ، والذكاء الأدائي ، والذكاء الكلي .

وتتضمن مقاييس وكسلر ثلاثة أنواع هي : مقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة ، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، ومقياس وكسلر لذكاء الراشدين . ويتكون كل مقياس من قسمين ، القسم اللفظي والقسم الأدائي . ويتكون كل قسم من مجموعة من الاختبارات الفرعية تمثل هذا القسم .

وقد تحقق الباحثون من صدق وثبات الاختبار في العديد من الدراسات وحقق المقياس صدق وثبات عالي . ويتم تطبيق المقياس بطريقة فردية على المفحوص ، ويحتاج تطبيقه إلى متخصص أو شخص مدرب ، ويحتاج تطبيقه إلى توفير بيئة فيزيقية مناسبة ، وألفة بين الفاحص والمفحوص ، وتم تقنين المقياس ونقله إلى العديد من البيئات .

وأصبح مقياس وكسلر من المقاييس العالمية المشهورة ، والتي تستخدم بكفاءة عالية في تشخيص الجانب السيكومترى للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وغيرهم من الأطفال ذوي الاحتجاجات الخاصة والعاديين ، وتم تقنيين المقياس في الوطن العربي ومنها على سبيل المثال : نسخة البيئة المصرية ، ونسخة البيئة الأردنية .

اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة Coloured Progressive Matrixes :

أعد هذا الاختبار جون رافن عام ١٩٤٧ J . C . Raven في بريطانيا ، ويعتبر هذا الاختبار واحدا من ثلاثة اختبارات أعدها رافن هي : اختبار المصفوفات المتتابعة العادي عام ١٩٣٨ ، واختبار المصفوفات المتتابعة الملون عام ١٩٤٧ ، واختبار المصفوفات المتقدمة عام ١٩٤٧.

ويعتبر اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة من الاختبارات غير اللفظية ، والتي تناسب الأطفال بصفة عامة ، وتصلح مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وخصوصاً الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية . ويحتل هذا الاختبار شهرة كبيرة على مستوى العالم لتحرره من أثر الثقافة Culture-Free ، أو ما يسمى اختبار عبر حضاري Cross – Cultural test ، فهو اختبار غير لفظي يقيس الذكاء العام للأطفال ، ويستخدم الآن على مدى واسع في الدراسات الحديثة ، ويستخدم بكفاءة عالية في مجال التشخيص والعلاج ، ويستخدم في المجالات التربوية والنفسية . ويستخدم مع الأطفال من عمر ٥ سنوات إلى ١١ سنة .

واستند معده في توجهه النظري على نظرية سبيرمان في الذكاء ، ويتكون الاختبار من ثلاثة مجموعات ، المجموعة أ ، والمجموعة ب ، والمجموعة أ ب ، وتعتبر المجموعة أ ب أصعب من المجموعتين الأخرتين ، وتتكون كل مجموعة من ١٢ مصفوفة ، وتعتمد فكرته على عرض شكل معين تم استقطاع جزء منه ، ويكون في أسفل الشكل ستة أشكال تأخذ شكل الجزء النقص في الشكل العام ومن بينها الجزء الذي تم استقطاعه ، ويقوم المفحوص باختيار الجزء الناقص المكمل للشكل ، وتستخدم الألوان في خلفية الأشكال لإثارة المتعة في نفس المفحوص ، وتم تقنين المقياس في بيئات متعددة وعلى فئات متنوعة من الأطفال ، العاديين ، والصم ، وذوي اضطرابات التعلم ، وذوي الإعاقة الفكرية ، وذوي الاضطرابات السلوكية .

وتم التحقق من ثبات وصدق المقياس في كثير من الدراسات والبحوث على مستوى العالم ، وحقق المقياس صدق وثبات عالي ، وأهم ما يميّز هذا الاختبار أنه مقياس جماعي غير لفظي اللهم إلا التعليمات وإرشادات التطبيق ، ويمكن تطبيقه فرديا ، وهو يقيس القدرة العقلية العامة .

اختبار رسم الرجل :

أعدت هذا الاختبار الباحثة الأمريكية "فلورنكس جود إنف Goodenough" لأول مرة في عام ١٩٢٦ كاختبار للذكاء ، وقام بمراجعته "هاريس" عام ١٩٦٣ ، وتمت طباعته للمرة الثانية تحت مسمى"اختبار جود إنف - هاريس للرسم" ، وهذا الاختبار مشهور باسم اختبار "رسم الرجل" .

وهذا الاختبار لا يتطلب من الطفل أكثر من أن يرسم صورة لرجل ، وتم تطبيقه على عينة تكونت من ٤٠٠٠ طفلاً أمريكياً من تلاميذ رياض الأطفال والسنوات الأربع الأولى بالمدرسة الابتدائية بولاية نيوجرسي ، ومن خلال النتائج تم التوصل إلى أنه يمكن اتخاذ ٤٠ مفردة كمقياس للقدرة العقلية عند الأطفال ، ويُعطى كل عنصر درجة واحدة ثم تجمع الدرجات ، ويتم حساب نسبة الذكاء المقابلة للدرجات ، ويؤكد هذا الاختبار على دقة الطفل في الملاحظة ونمو تفكيره المجرد وليس المهارة الفنية في الرسم ، ولكن بعد ذلك أضافت مفردات جديدة ، ووصل عدد المفردات إلى ٥١ مفردة في عام ١٩٢٦ ، وفي عام ١٩٦٣ ظهر تعديل جديد لهذا الاختبار من قبل هاريس ، ووصل فيه عدد المفردات ٧٣ مفردة ، وتم ترجمة هذا الاختبار للعديد من اللغات والبلاد ، كما تم تقنينه في البيئة المصرية (مصطفى فهمي ، د . ت) .

وقام فريق من الباحثين بتقنين المقياس على البيئة السعودية على المنطقة الغربية ، وتم حساب صدق وثبات الاختبار بواسطة العديد من الباحثين في كل من مصر والأردن ، أما بالمملكة العربية السعودية فتم الاعتماد على عدد ٧٧ مفردة ، وذلك من خلال تطبيقه على عدد ٢٥١٦ طفلاً وطفلة من دور الحضانة وبعض المدارس الابتدائية ، والذين تمتد أعمارهم من ٣ - ١٥ عاماً ، وتم التأكد من صدق الاختبار في البيئة السعودية من خلال المقارنة الطرفية ، وتم استخدام صدق التكوين الفرضي ، حيث تحدث زيادة في المتوسطات بالزيادة في العمر ، وأيضاً تم حساب الصدق المرتبط بالمحكات ، حيث تم حساب معاملات الارتباط بدرجات اختبار مصفوفات رافن (فؤاد أبو حطب وآخرون ، ١٩٧٩) .

ويعطي المقايس درجتين لنسبة الذكاء ، ويتكون رسم الرجل من ٧٣ نقطة ، ورسم المرأة يتكون من ٧١ نقطة ، وتستغرق عملية التصحيح من ٣ - ٤ دقائق ،

ويصلح مع أطفال قبل المدرسة وحتى ١٥ ،١١ سنة ، وقد يستغرق المفحوص من ٥ - ١٥ دقيقة لرسم الأشكال الثلاثة "الرجل ، والمرأة ، ورسم الطفل لنفسه" .

ويستخدم الرسم كوسيلة لقياس مستوى ذكاء الأطفال على أساس أن ارتقاء الطفل ونموه في الرسم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنموه العقلي ، فالرسم بالنسبة له لغة غير لفظية يعبر بها عن مفاهيمه العقلية عن الأشياء ، مستخدماً الخطوط والمساحات والأشكال ، ويُترجم عن طريقها صور هذه الأشياء بخصائصها ومميزاتها كما تتراءى له ، أو كما استقرت في ذهنه (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ١٨١) .

ويعتبر اختبار رسم الرجل من الاختبارات الجيدة في التطبيق في عيادات تشخيص الإعاقة الفكرية بمدارس التربية الفكرية ، وذلك لسهولة تطبيقه على الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وكفاءته في التمييز بينهم وبين الأطفال العاديين (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٦٩) .

التشخيص الاجتماعي :

نقصد بالحديث عن التشخيص الاجتماعي ما يتضمنه السلوك التكيفي من مهارات وقدرات . ويعتبر الحديث عن السلوك التكيفي حديث موغل في القدم ، فيزودنا المجتمع اليوناني Greek القديم بأول الكتابات المسجلة عن السلوك التكيفي وعلاقته بالإعاقة الفكرية . فمصطلح Idiot كان شائعاً استخدامه إلى حد ما حتى القرن العشرين ليصف الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية . وهذا المصطلح مستمد من كلمة يونانية تعني الأشخاص الذين لا يستطيعون المشاركة في الحياة العامة public life للمجتمع . فالأشخاص العاديون normal يعتقد أنهم هم الذين يستطيعون القيام بمهام الرعاية الذاتية self-care والمشاركة المجتمعية ، والمتشابهين بأقرانهم في العمر الزمني ، ويعتقد أن ذوي الإعاقة الفكرية هم أقل بكثير في القيام بمهام الرعاية الذاتية والمشاركة المجتمعية ، وكلاً من المجتمعات اليونانية والرومانية عموماً تعاملوا مع ذوي الإعاقة الفكرية بازدراء ، فغالباً ما كانوا يقتلونهم أو يحتفظون بهم للتسلية (Barr , 1905) .

وأثار نشر كتاب داروين "أصل الأنواع" عام ١٨٤٨ جدلاً كبيراً في الأوساط العلمية نتج عنها أن هناك فريق يرى أن الإعاقة الفكرية شكل من أشكال عدم الكفاءة الاجتماعية social incompetence والتي يمكن أن تعالج من خلال التعليم ، وقبل

ما تكون اختبارات السلوك التكيفي متاحة اعتمد الأشخاص الذين اعتنقوا هذه الوجهة على الملاحظات الإكلينيكية للسلوك التكيفي للشخص ، وفي وقت لاحق من ذلك بكثير عندما أصبحت مقاييس السلوك التكيفي متاحة الاعتماد عليها أصبح أكثر عمومية (Oakland & Harrison , 2008 ,4) .

وتعتبر الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية أول جهة علمية متخصصة ضمنت السلوك التكيفي ليكون بعداً تشخيصيا في تشخيص ذوي الإعاقة الفكرية ، وكان ذلك عام ١٩٥٩ عندما تبنت تعريف " هيبر " تعريفاً لها ، حيث تضمن هذا التعريف القصور في الذكاء والسلوك التكيفي لوصف الطفل المعاق فكرياً . وإن سبق ذلك تعريف دول للإعاقة الفكرية والذي ركز فيه على عدم كفاءة الظروف الاجتماعية .

وقصد "هيبر" بالسلوك التكيفي : الفاعلية التي تجعل الفرد يتواءم مع المتطلبات الطبيعية والاجتماعية للبيئة . وفي هذا التعريف اثنين من الجوانب الرئيسة ، أولها الدرجة التي يكون فيها الفرد قادرا على العمل والاحتفاظ لنفسه أو لنفسها بشكل مستقل . والثانية هي الدرجة التي يواجه بها ما تفرضه متطلبات المسؤولية الاجتماعية والشخصية بشكل مرضٍ ثقافياً ، وبشكل أخر فاعلية الفرد في التكيف مع المتطلبات الطبيعية والاجتماعية في بيئته أو في بيئتها كما تنعكس في التعليم في النضج ، والتعلم ، والتوافق الاجتماعي (AAMR , 2002 , 21) .

ويعكس تعريف "جروسمان" للسلوك التكيفي المجالات التالية : والتي ظهرت في التعريف السابع للإعاقة الفكرية الصادر عن الجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية :

- المهارات الحسية الحركية ، والتواصل ، والمساعدة الذاتية ، والاجتماعية في السنوات الأولى .
- وتشمل تطبيق المهارات الأكاديمية الأساسية في الحياة اليومية ، وتطبيق الاستدلال وإصدار الأحكام في الطفولة والمراهقة المبكرة .
- وتشمل المسؤوليات والأداءات المهنية والاجتماعية في المراهقة المتأخرة وحياة الراشدين (Oakland & Harrison , 2008 ,8) .

وسبق أن أوضحنا أن التعريف الثامن للإعاقة الفكرية للجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية استمر في تركيزه على تقييم السلوكيات التكيفية وعرض وجهات نظر جديدة للصفات المرتبطة بالسلوك التكيفي ، وتشمل القيود الدالة في الفاعلية الفردية لتلبية معايير النضج ، والتعلم ، والاستقلال الشخصي ، أو المسؤوليات الاجتماعية ، والتي تكون متوقعة لأقرانه من نفس المستوى العمري له أو لها ، أو متوقعة من نفس المجموعة الثقافية . وجاء التعريف التاسع ليوضح أن السلوك التكيفي يحدث متزامناً مع القصور في اثنين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي التالية : التواصل ، الرعاية الذاتية ، الحياة المنزلية ، المهارات الاجتماعية ، الإفادة من المجتمع ، التوجيه الذاتي ، الصحة والأمان ، المهارات الأكاديمية الوظيفية ، وقت الفراغ ، والعمل .

وتضاءل التركيز على البناء الواسع في تعريف الجمعية الأمريكية عام ١٩٩٢ وتركز الاهتمام على المجالات العشر للمهارات التكيفية ، والتركيز على المهارات التكيفية وليس فقط على السلوك التكيفي والذي يكون مهماً عند التأكيد على أن الشخص لديه قيود وظيفية قد تستوجب تشخيص الإعاقة الفكرية . والقيود المهارية الوظيفية قد تكون مرتبطة بالتدخلات اللازمة والخدمات الأخرى ، فالجهود الرامية إلى تحسين المهارات التكيفية الخاصة من المحتمل أن تكون أكثر فعالية من الجهود المبذولة لتحسين السلوك التكيفي العام . حتى جاء تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية العاشر عام ٢٠٠٢ ليضع تعريفاً للمهارات والسلوكيات التكيفية أكثر شمولاً . "فالسلوك التكيفي هو مجموعة من المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي يتعلمها الناس لكي يعملون في حياتهم اليومية" (Oakland & Harrison ,2008 ,7-9) .

ويعتمد هذا النوع من التشخيص على تحديد درجة السلوك التكيفي للمفحوص ، وظهر هذا الاتجاه نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التشخيص السيكومتري والتشخيص الطبي ، ويتم التشخيص هنا باستخدام أحد الاختبارات المشهورة في هذا الاتجاه ، ويعتبر اختبار الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية من أشهر الاختبارات المستخدمة في تحديد درجة السلوك التكيفي للمعاقين فكرياً .

وهكذا تطور مفهوم السلوك التكيفي في تعريفات الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية ، حتى أصبح جنباً إلى جنب مع الذكاء في تشخيص حالات الإعاقة الفكرية ، ومع ذلك لا نُخفي جهود الباحثين التي تناولت مفهوم السلوك التكيفي وأبعاده .

فيعرف السلوك التكيفي بأنه : درجة الفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلالية الشخص ومسؤوليته الاجتماعية المتوقعة حسب عمره الزمني وثقافته (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٣) .

ويعبر السلوك التكيفي عن الطريقة أو الأسلوب الذي ينجز به الأطفال الأعمال المختلفة المتوقعة من أقرانهم في العمر الزمني (عبد العزيز الشخص ، ٢٠٠١ ، ١٨) .

ويشير مفهوم السلوك التكيفي إلى الطرق التي يستخدمها الأفراد لتلبية احتياجاتهم الشخصية ، وكذلك التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والطبيعية في بيئتهم (Nihira et al ., 1993) .

ويعرف السلوك التكيفي بأنه : قدرة الفرد على أداء الواجبات الاجتماعية والشخصية بما يتوافق مع ما هو متعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ، ويتضمن السلوك التكيفي الجوانب التالية : القدرة على التواصل ، والتأثر الحس حركي ، ومهارات التوافق الاجتماعي ، ومهارات مساعدة النفس ، والمهارات المهنية (كمال سيسالم ، ٢٠٠٢ ، ١٩٠) .

ويعبر مفهوم السلوك التكيفي عادة عن قدرة الفرد على التفاعل مع متطلبات وتوقعات الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة ، وأن عدم قدرة الفرد المعاق فكرياً على مقابلة توقعات ومتطلبات الآخرين يؤدي إلى الحد من عدد المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يتعامل معها ، ومع ذلك فقد نجح كثير من الأفراد المعاقين فكرياً في التعامل مع غيرهم في مواقف كثيرة ومتنوعة ، وذلك بعد ما خفف الآخرون من مستوى توقعاتهم ومطالبهم اتجاه المعاق (محمد كامل ، ٢٠٠٣ ، ١٥٨) .

وحددت الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية السلوك التكيفي في ١٠ مهارات ، تم توزيعهم على ثلاثة مجالات ، كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (٢)

المهارات التكيفية العشرة للجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية

مهارات السلوك التكيفي	أبعاد المهارة
التواصل Communication	مهارات الكلام ، واللغة ، والاستماع اللازمة للتواصل مع الآخرين ، وتتضمن المفردات ، والاستجابة للأسئلة ، ومهارات المحادثة
الإفادة من المجتمع Community Use	المهارات اللازمة للأداء في المجتمع ، وتتضمن استخدام مصادر المجتمع ، ومهارات التسوق ، والتنقل في المجتمع .
المهارات الأكاديمية الوظيفية Functional Academics	القراءة الأساسية ، والكتابة ، والحساب ، والمهارات الأكاديمية الأخرى اللازمة للحياة . والأداء المستقل بما في ذلك معرفة الوقت ، والقياس ، بالإضافة إلى كتابة المذكرات والرسائل .
الحياة المنزلية Home Living	المهارات اللازمة لأوضاع المنزل أو الحياة ، بما في ذلك النظافة ، والاحتفاظ بالممتلكات وإصلاحها ، والترتيب ، وإعداد الطعام ، وأداء الأعمال .
الصحة والأمان Health and Safety	المهارات اللازمة للوقاية الصحية ، للرد على المرض والإصابة ، بما في ذلك قواعد السلامة والتي تشمل : استخدام الأدوية ، وتوخي الحذر .
وقت الفراغ Leisure	المهارات اللازمة للتخطيط والمشاركة في الأنشطة الترويحية والترفيهية بما في ذلك اللعب مع الآخرين ، والمشاركة في الترفيه في المنزل ، واتباع القواعد في الألعاب .

مهارات السلوك التكيفي	أبعاد المهارة
الرعاية الذاتية Self-Care	المهارات اللازمة للرعاية الشخصية وتشمل : الأكل ، وارتداء الملابس ، واستخدام الحمام ، والنظافة ، والصحة .
التوجيه الذاتي Self-Direction	المهارات اللازمة للاستقلال ، والمسؤولية ، والتحكم الذاتي بما في ذلك بداية واستكمال المهام ، والحفاظ على الجدول الزمني ، واتباع المحددات الزمنية ، واتباع التوجيهات ، والقيام بالخيارات .
الاجتماعية Social	المهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي ، والانسجام مع الآخرين ، بما في ذلك الحصول على الأصدقاء ، والتعبير عن الانفعالات وإدراكها ، ومساعدة الآخرين ، ومراعاة الأخلاق .
العمل Work	المهارات اللازمة للأداء الناجح ، الالتزام بالعمل الجزئي أو الكلي في بيئة العمل ، بما في ذلك إكمال مهام العمل ، والعمل مع المشرفين ، واتباع الجدول الزمني في العمل .
المهارات الحركية[1] Motor Skills	المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة الأساسية اللازمة للتنقل ، والتلاعب في البيئة ، وتطوير الأنشطة الأكثر تعقيداً ، مثل الرياضة بما في ذلك الجلوس ، والسحب إلى وضع الوقوف ، والمشي ، والتحكم الحركي الدقيق ، والركل .

(١) بالرغم من أن المهارات الحركية الدقيقة الكبيرة لم تكن متضمنة في المهارات العشر المحددة من قبل الجمعية الأمريكية للصعوبات النمائية والعقلية ، إلا أنه تم تضمينها في بعض مقاييس السلوك التكيفي .

جدول (٣)

المجالات الثلاثة للسلوك التكيفي

مجالات السلوك التكيفي	مهارات كل مجال
المفاهيمي Conceptual	وتشمل التواصل والمهارات الأكاديمية الوظيفية الأساسية ، والتوجيه الذاتي ، ومهارات الصحة والأمان .
العملية Practical	وتشمل المهارات الاجتماعية ومهارات وقت الفراغ .
الاجتماعية Social	وتشمل الرعاية الذاتية والحياة المنزلية والمدرسية ، والإفادة من المجتمع ومهارات العمل والصحة والأمان .

وبناءً على ما سبق يمثل السلوك التكيفي في المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي تمكن الناس من الأداء في حياتهم اليومية .

وينبغي عند إجراء التشخيص التكيفي للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية أن نراعي المحددات التالية :

- مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة "قبل سن الثالثة" : ينبغي ملاحظة نمو الطفل فيما يتعلق ببعض المظاهر النمائية مثل : الجلوس ، والوقوف ، والمشي ، والمحافظة على وضع اعتدالي للرأس ، وبعض الاستجابات الأخرى للمثيرات البيئية التي تعتبر حركة العين مثالا لها؛ فالأطفال الذين تنحرف استجاباتهم في هذه المظاهر وأمثالها عن المعايير الموضوعة ، فإنهم يحتاجون إلى الدراسة والفحص .
- أطفال ما قبل المدرسة : تعتبر مظاهر القصور في مهارات الاعتماد على النفس مثل : المشي والكلام ، وارتداء الملابس ، وتناول الطعام محددات أولية يتم على أساسها الحكم على القصور في السلوك التكيفي .
- أطفال المدرسة : تعتبر مظاهر القصور في مهارات الاعتماد على النفس ، جنباً إلى جنب مع عدم القدرة على التواصل فيما يتعلق بالحاجات والرغبات

العادية ، بالإضافة إلى عدم مسايرة المهارات الأكاديمية الأساسية اللازمة لمواقف الحياة اليومية ، كل هذه تعتبر بعض محددات القصور في السلوك التكيفي .

- الراشدين : يتحدد القصور في السلوك التكيفي من خلال عدم القدرة على الأداء الوظيفي المستقل في الحياة الاجتماعية ، أو عدم القدرة على القيام بالأداء الملائم في إطار المهن أو الوظائف (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٢ ، ٣٦ - ٣٧) .

ويتم تحديد السلوك التكيفي باستخدام مقاييس السلوك التكيفي ، ومنها ما يلي :

مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي :

وضع هذا المقياس دول عام ١٩٣٥ لتقدير القدرة الاجتماعية ، وهو يتكون من ١١ بندا مرتبة من حيث صعوبتها ، وهي تغطي ثمانية جوانب رئيسة في النضج الاجتماعي للسلوك بوصفه ، وهذه الجوانب هي : الاعتماد على النفس بوجه عام ، والاعتماد على النفس في الطعام والشراب ، والاعتماد على النفس في الملبس ، وتوجيه النفس ، والانشغال بالأعمال ، والاتصال ، والحركة ، والتطبيع الاجتماعي ، ويقيس الاختبار الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن الخامسة والعشرين ، ويناظر كل بند من بنود الاختبار مستوى ارتقائي في مرحلة عمرية معينة محسوباً بالشهور ، ومجموع الشهور على الاختبار يساوي العمر الاجتماعي للطفل .

ويعتمد الاختبار على معلومات مصدرها الأم أو الممرضة القائمة على رعاية الطفل ، وأحد الاستخدامات المهمة لمقياس فاينلاند التي يذكرها دليل الاختبار هي : إمكانية التمييز من خلاله بين الإعاقة الفكرية المصحوب بكفاءة اجتماعية ، والإعاقة الفكرية بدون إمكانية اجتماعية ، ويتطلب تطبيق الاختبار الاهتمام بتنبيه مصدر المعلومات سواء أكان الأم أو القائمون على رعاية الطفل المعاق فكرياً لذكر ما يفعله الطفل بالفعل وليس ما يستطيع أن يفعله أو ما يمكن أن يفعله لو سمح له بذلك .

مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التوافقي :

أعد هذا المقياس كل من كازير نيهيرا ، وراي فوستر ، وماكس شلهاس ، وهنري ليلند ، ويعد مقياس السلوك التوافقي لجمعية الإعاقة الفكرية الأمريكية AAMD أفضل مقياس صدر في هذا المجال ، فبالإضافة إلى اعتماده على الأسس

النظرية لارتقاء السلوك فإنه يتضمن أفضل تتابع ارتقائي لبنود المقياس يتناول بشكل تفصيلي ومتكامل قطاعات السلوك العريضة ، والتي يمكن من خلالها إتاحة أكبر قدر من الفهم للحالة الفردية التي تتطلب تنمية أو تدريباً أو تأهيلاً .

ويتضمن الجزء الثاني من المقياس تحديداً دقيقاً ومتميزاً لأشكال الانحرافات السلوكية التي أصبحنا نتعامل معها في كثير من الحالات في صورة عامة ، ومن خلال مفاهيم ومسميات نظرية ، ويوفر مقياس السلوك التوافقي نموذجاً جيداً لتحليل هذه الأساليب السلوكية المنحرفة ، حيث يستطيع الأخصائي الإكلينيكي أن يبدأ منها باعتبارها أساس مناسب للتشخيص ، وبالرغم من أن المقياس أعدته لجنة علمية تم تشكيلها من خلال جمعية الإعاقة الفكرية الأمريكية ، وهو ما يوحي أن المقياس معد للأفراد المعاقين فكرياً ، إلا أنه مناسب للأسوياء ، في المدارس والجمعيات والمؤسسات ومواقع التجمعات المختلفة ، ويتكون هذا المقياس من جزأين ، والجزء الأول هو عبارة نتاج المراجعة الشاملة لمقاييس السلوك المتوفرة في الولايات المتحدة الأمريكية ، وقد صُمم لتقويم مهارات الفرد وعاداته في عشرة مجالات سلوكية مترابطة ، وهي : العمل الاستقلالي ، والنمو الجسمي ، والنشاط الاقتصادي ، وارتقاء اللغة ، والإعداد والوقت ، والأنشطة المنزلية ، والنشاط المهني ، والتوجيه الذاتي ، وتحمل المسؤولية ، والتنشئة الاجتماعية . والجزء الثاني من المقياس هو نتاج عن مسح شامل للتوقعات الاجتماعية من الأشخاص المعاقين فكرياً .

وقد صُمم الجزء الثاني ليوفر مقاييس للسلوك التوافقي المتعلق بالشخصية واضطرابات السلوك ، والقسم الرابع عشر في هذا الجزء وعنوانه "استخدام العقاقير" ليس مجالاً سلوكياً في الواقع ولكنه يوفر معلومات عن السلوك التوافقي للشخص مع العالم الخارجي ، ويتكون هذا الجزء من أربعة عشر مجالا هي : العنف التدميري ، والسلوك المضاد للمجتمع ، والسلوك المتمرد ، والسلوك غير المؤتمن ، والانسحاب ، والسلوك النمطي والتصرفات الشاذة ، والسلوك الاجتماعي غير المناسب ، والعادات الصوتية غير المقبولة ، والعادات الغريبة غير المقبولة ، وسلوك إيذاء الذات ، والميل للنشاط الزائد ، والسلوك الجنسي الشاذ ، والاضطرابات النفسية ، واستخدام العقاقير (صفوت فرج ، وناهد رمزي ، ١٩٧٥ ، ١- ١٢) .

مقياس السلوك التكيفي للأطفال المعايير المصرية والسعودية :

أعد هذا المقياس ريتشموند وهيكليتر عام ١٩٨٠ ، وقام عبد العزيز الشخص عام ١٩٨٦ بترجمته وتقنينه على البيئة العربية (المصرية) ، وتم استخدام المقياس في العديد من الدراسات العربية التي أوضحت دقته في قياس السلوك التكيفي للأطفال سواء العاديين أو غير العاديين ، وقام الباحث بإعادة تقنينه في البيئة السعودية على عينة من الأطفال المعاقين سمعياً وفكرياً ، وقد حدد مصمم المقياس خمسة جوانب لقياس القدرة التكيفية ، وهي : النمو اللغوي ، والأداء الوظيفي المستقل ، والأدوار الأسرية والأعمال المنزلية ، والنشاط المهني - الاقتصادي ، والتطبيع الاجتماعي ، وتؤكد البنود التي وضعت لقياس كل جانب من هذه الجوانب حقيقة مهمة مؤداها أن جميع ما يمكن أن ينجزه الطفل - ويعد ذا قيمة - ليس بالضرورة مما يتعلمه من الكتب ، وبينما لا ترتبط هذه المهارات - بالضرورة - بالتحصيل الدراسي فإنها تعبر عن قدرة الطفل على التكيف بنجاح في جميع شؤون حياته سواء داخل المدرسة أو خارجها ، وصمم المقياس لقياس نمو المهارات الاجتماعية لدى الأطفال في الأعمار الزمنية من ٥ - ١٠ سنوات ، ورغم ذلك فهناك بنود تصلح للأعمار الزمنية من الثالثة وحتى الثانية عشر ، ومن ثم يوفر المقياس قاعدة كافية لقياس سلوك الأطفال في مراحل الطفولة المختلفة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة ، سواء كانوا عاديين أو غير عاديين ، ورغم اختلاف عدد البنود في كل مجموعة - حيث يصل في إحداها إلى ١٦ بنداً ، ويصل في البعض الأخر إلى ٣٠ بنداً - إلا أن الطفل يمكن أن يحصل على درجة كلية واحدة في كل مجموعة ، ويتميز هذا المقياس بسهولة تطبيقه ، ويمكن تطبيقه من خلال الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المدربون وطلاب الماجستير والدكتوراة ، ويطبق المقياس بصورة فردية في المرة الواحدة (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٨ ، ١- ٤٨) .

مقياس السلوك التكيفي :

قام بإعداد هذا المقياس كل من Harrison and Oakland (2003) الطبعة الثانية ، وترجم هذا المقياس كلاً من / أحمد أبو زيد وجابر عيسي (٢٠١٣) ، وهذا مقياس شامل يقيس مهارات التكيف للأفراد منذ الميلاد حتى ٨٩ سنة ، وهذا المقياس تم تطويره ليساعد في تشخيص وتصنيف الإعاقات المختلفة والاضطرابات ، وبالمثل يساعد في تحديد الجوانب الوظيفية القوية والمحدودة للأفراد .

ويقيس هذا المقياس المهارات الوظيفية الضرورية للحياة اليومية ، ويوجد من المقياس ثلاثة نسخ ، هي :

- النسخة الأولى للأطفال في المرحلة العمرية من ٠ - ٥ سنوات .
- والنسخة الثانية للأطفال والمراهقين في المرحلة العمرية من ٥-٢١ سنة .
- والنسخة الثالثة للبالغين .

وتتكون النسخة الأولى والثانية من صورتين ، صورة المعلم ، وصورة الأب .

ويتكون المقياس من عشر أبعاد أو مهارات ، هي :

- التواصل Communication .
- الإفادة من المجتمع Community Use .
- الوظائف الأكاديمية Functional Academics .
- المعيشة المنزلية Home Living .
- الصحة والأمان Health and safety .
- قضاء وقت الفراغ Leisure .
- العناية بالذات Self-Care ، توجيه الذات Self- Direction .
- الجانب الاجتماعي Social .
- والعمل Work (المقياس الفرعي الأخير يطبق على الأطفال أو المراهقين الذين لديهم عمل جزء من الوقت أو عمل كل الوقت) .

ويتم تصنيف الأبعاد أو المهارات العشرة على أربعة مجالات هي :

- المجال الأول العملي ، ويشمل : أبعاد الإفادة من المجتمع والمعيشة المنزلية والصحة والأمان والعناية بالذات .
- والمجال الثالث الاجتماعي ، ويشمل : وقت الفراغ ، والمهارة الاجتماعية .
- والمجال الثالث المفاهيمي ، ويشمل : التواصل والوظائف الأكاديمية ومهارة توجيه الذات .
- والمجال الرابع التكيف العام ، ويشمل : مجموع المجالات الثلاثة .

ويمكن للمقياس أن يعطي درجة للبعد بمجموع درجات عباراته ، كما يعطي درجة لكل مجال بمجموع درجات أبعاده ، ويعطي درجة للتكيف العام بمجموع

درجات المجالات الثلاثة ، وتكون الإجابة على المقياس هي الاختيار من بين أربعة استجابات هي : يحدث في الغالب ، يحدث أحيانا ، لا يحدث أبدا ، لا يقدر ، ويتصف الشخص بالقصور في السلوك التكيفي إذا حصل درجة أقل من المتوسط بمقدار ٢ انحراف معياري ، في أيٍ من : الوظائف المفاهيمية ، الاجتماعية ، الجانب العملي ، أو في الدرجة الكلية للتكيف العام والناتج عن جمع درجات المجالات الثلاثة .

ونعرض لبعض الفقرات التي تضمنتها صورة المعلم للنسخة الثانية من المقياس على النحو التالي :

أولاً : مهارة التواصل Communication ، وتتضمن الفقرات التالية :

١. يقول أسماء ثلاثة من الناس الآخرين على سبيل المثال : اسم الأب ، الأم ، الأصدقاء .
٢. يهز رأسه أو يقول " نعم" أو "لا" كاستجابة لسؤال بسيط .
٣. يقول مرحباً ومع السلامة "مودعا" الآخرين .
٤. يسمي ٢٠ أو أكثر من الأشياء المألوفة .
٥. يخبر والديه وأصدقائه أو الآخرين عن الأنشطة المفضلة لديه .
٦. يستخدم جمل بها أفعال وأسماء .
٧. يتكلم بوضوح .
٨. ينظر لوجوه الآخرين عندما يتحدثون إليه .
٩. ينتبه أثناء المناقشات الأسرية لفترة طويلة .
١٠. يجيب على التليفون بطريقة مناسبة .
١١. يستمع لحديث الآخرين بتركيز لمدة خمس دقائق على الأقل .
١٢. يبتسم ويقدم إيماءات لتشجيع الآخرين على الحديث .
١٣. يحكي القصص أو الفكاهة التي سمعها من الآخرين .
١٤. يأتي بصيغة الجمع للمفرد وإن كان من الأسماء الشاذة في جمعها .
١٥. ينهي المحادثة بطريقة مناسبة .
١٦. يتحدث مع الناس بأسلوب مناسب ، فليس بثرثار جداً ، وليس بهادئ جداً .

١٧. يقدم التعليمات اللفظية المتضمنة في اثنين أو أكثر من الخطوات أو الأنشطة .
١٨. يذكر رقم تليفونه .
١٩. يبدأ المحادثة في موضوعات مهمة مع الآخرين .
٢٠. يتحدث عن مستقبله التعليمي الواقعي أو أهدافه المهنية .
٢١. يجري المكالمات التليفونية المحلية .
٢٢. يذكر عنوان منزله متضمناً الرمز البريدى .
٢٣. يجيب عن أسئلة معقدة تتطلب تفكيرا وآراء جيدة .
٢٤. يستخدم معلومات حديثة لمناقشة الأحداث الجارية .

ثانياً : مهارات الوظائف الأكاديمية **Functional Academics** وتتضمن الفقرات التالية :

١. يقرأ اسمه المكتوب .
٢. يكتب اسمه واسم الجد .
٣. يذكر أيام الأسبوع بالترتيب .
٤. يذكر وقت ويوم العروض التليفزيونية المفضلة لديه .
٥. يقرأ وينفذ الإرشادات العامة على سبيل المثال : قف/ممنوع الدخول / مخرج ....
٦. يحافظ على مستواه عندما يلعب الألعاب .
٧. يحدد بعض التواريخ المهمة على التقويم مثل تاريخ ميلاده ، الأعياد .
٨. يقرأ ويتابع جدول الفصل اليومي .
٩. يستطيع استخدام الميزان بطريقة صحيحة ليزن نفسه أو الآخرين .
١٠. يكتب عنوانه مشتملاً على كود المنطقة .
١١. يقيس الطول والارتفاع .
١٢. يحدد الوقت بطريقة صحيحة من خلال ساعة اليد أو ساعة الحائط .
١٣. يدفع النقود المناسبة ثمناً للأشياء التي اشتراها .

١٤. يستطيع أن يكتب خطابا أو يدون ملاحظات أو يكتب إيميل .
١٥. يقرأ قوائم أصناف المأكولات بالمطاعم .
١٦. يقرأ عن اهتماماته المفضلة أو عن الأحداث الجارية في الصحف والكتب .
١٧. يستطيع أن يحصل على تليفون شخص ما من الدليل .
١٨. يقوم بتدوين ملاحظات تساعده على التذكر .
١٩. يتحقق من باقي النقدية عند شراء شيء ما .
٢٠. يستطيع استخدام القاموس .
٢١. يحتفظ بميزانية مصاريف الأسبوع .
٢٢. يقرأ ويتبع التعليمات لتجميع وتركيب أشياء جديدة تم شرائها .
٢٣. يقرأ الإعلانات عن المشتريات والخدمات .

ثالثاً : مهارات توجيه الذات **Self – Direction** ، وتتضمن الفقرات التالية :

١. يعمل نشاط واحد في المنزل أو المدرسة لمدة ١٥ دقيقة على الأقل .
٢. ينهي المهام المنزلية المعتادة في الوقت المناسب .
٣. ينهى أنشطة اللعب دون شكوى عندما ينتهي الوقت المحدد لذلك .
٤. يعمل بشكل مستقل ويطلب المساعدة عند الضرورة فقط .
٥. يتحكم في الغضب عندما لا يتبع شخص ما قواعد اللعبة وأنشطة المتعة .
٦. لا يكذب للهروب من العقاب .
٧. يتحكم في مزاجه ولا يندفع عندما لا يتوافق مع الأصدقاء .
٨. يتحكم في مشاعره عندما لا يتوافق مع الأصدقاء .
٩. يتحكم في خيبة الأمل عندما يتم إلغاء أحد أنشطته المفضلة لديه .
١٠. يجتهد في أداء المهام أو الأعمال المنزلية وإن لم يكن يحبها .
١١. يستمر في أداء المهام الصعبة وإن كانت غير مشجعة .
١٢. يحافظ على نقوده من الضياع بوضعها في الجيب أو المحفظة .
١٣. يوفر نقوده ليشتري شيء خاص ، مثل : هدية في عيدالميلاد أو لعبة .
١٤. يعطى أولوية للعمل المدرسي عن أنشطة وقت الفراغ .
١٥. عندما يخرج من المنزل يخبر الآخرين إلى أين يتجه ، ووقت رجوعه .

١٦. ينهي الأعمال المنزلية والمدرسية في الوقت المحدد .
١٧. يصل إلى الأماكن في الوقت المحدد بشكل معتاد .
١٨. يجهز ويجمع كل الأشياء التي يحتاجها قبل التظيف أو صيانة شيء ما في المنزل .
١٩. يعود في الوقت المحدد عندما يطلب منه الرجوع خلال ساعة محددة .
٢٠. يخرج بمفرده في النهار دون إشراف أحد .
٢١. يبلغ المعلم مسبقاً - إذا كان ممكناً - عند الغياب من المدرسة لأمر ضروري .
٢٢. يلغي الأنشطة الممتعة إذا عند حدوث شيء أكثر أهمية .
٢٣. يضع خطة للأعمال المنزلية ذات خطوات منطقية .
٢٤. يتصل بالأسرة أو بالآخرين عندما يتأخر لإخبارهم بذلك .
٢٥. يخطط للمستقبل لكي يجد الوقت الكافي لإنجاز الأعمال أو المشروعات .

رابعاً : مهارات وقت الفراغ **Leisure** ، وتتضمن المهارات التالية :
١. يلعب باللعب أو مع الآخرين .
٢. يلعب بمفرده باللعب .
٣. يبحث في الصور أو يقرأ الكتب والمجلات أثناء وقت الفراغ .
٤. يمارس أنشطة ممتعة في منزل شخص آخر .
٥. ينتظر دوره في الألعاب أو أنشطة المتعة الأخرى .
٦. يدعو الآخرين للمشاركة في ألعابه التي يمارسها والأنشطة الممتعة الأخرى .
٧. يختار برامج التليفزيون أو شرائط الفيديو التي تتناول مجال اهتماماته مثل : الرياضة .
٨. يتبع القواعد في الألعاب والأنشطة الممتعة الأخرى .
٩. يستمتع بسماع الأناشيد .
١٠. يبدأ بالألعاب والبرامج التلفزيونية المحببة للأصدقاء أو أفراد الأسرة .
١١. يدعو الآخرين لمنزله من أجل المتعة والاسترخاء .
١٢. يشارك في نشاط خاص بشكل معتاد (روتيني) يلعب لعبة أو يسمع موسيقى .

١٣. يدعو الآخرين للعب أو ممارسة أنشطة أخرى ممتعة .
١٤. يحضر مع الآخرين أنشطة المجتمع الممتعة مثل حضور مناسبة اجتماعية أو حفلة .
١٥. يشارك في برنامج منظم عن الرياضة أو هواية أو كرة سلة في مؤسسات المجتمع .
١٦. يحاول من خلال نشاط جديد أن يتعلم شيء آخر جديد .
١٧. يخطط لأنشطة اللعب أو المتعة في أيام الفراغ أو بعد الظهر .
١٨. ينظم الألعاب والأنشطة الممتعة للمجموعة أو للأصدقاء .
١٩. يخطط لأنشطة وقت الفراغ أثناء الفسحة أو وقت الاستراحة بالمدرسة أو العطلات .
٢٠. لديه هواية أو نشاط إبداعى ، وهذا ما يتطلبه عمل أى شيء .
٢١. يقرر بنفسه الانضمام لمجموعة منظمة فريق للعب أو مجموعة بالنادى .
٢٢. يحجز تذاكر مقدماً لحضور أنشطة رياضية .

خامساً : مهارات الجانب الاجتماعى **Social** ، وتتضمن الفقرات التالية :
١. لديه واحد أو أكثر من الأصدقاء .
٢. لديه علاقات جيدة مع الآباء وغيرهم من الكبار .
٣. يسعى لتكوين صداقات مع الآخرين من نفس المجموعة العمرية .
٤. يقول شكراً عندما تقدم له هدية .
٥. يعبر عن مشاعره عندما يكون سعيدا ، حزينا ، خائفا ، أو غضبانا .
٦. يضحك رداً على تعليقات مضحكة أو نكت .
٧. يحتفظ بمجموعة ثابتة من الأصدقاء .
٨. يقف على مسافة مناسبة عندما يتحدث مع الآخرين (ليس قريب جداً) .
٩. يعتذر عندما يجرح مشاعر الآخرين .
١٠. يقطع الطريق أمام شخص آخر دون أن يستأذن .
١١. يظهر التعاطف مع الآخرين عندما يكونوا في حالة حزن .

١٢. يدرك مشاعر الآخرين (السعادة ، الحزن ، الخوف ، الغضب) .
١٣. يحاول أن يسعد الآخرين بعمل شيء خاص أو عمل مفاجئة لهم .
١٤. يقدم المساعدة للآخرين .
١٥. يقرض الآخرين أشياء من ممتلكاته : الأدوات أو الملابس .
١٦. يختار أصدقائه بدقة .
١٧. يلوم أصدقائه بدرجة معقولة إذا تركه أحد الأصدقاء ليلعب مع شخص آخر .
١٨. يهنئ الآخرين في المناسبات السعيدة .
١٩. يمتنع أن يقول شيئا قد يحرج أو يؤذي الآخرين .
٢٠. يقدم الأغذية أو المشروبات للضيوف .
٢١. يشكر الآخرين لحسن أفعالهم أو سلوكياتهم مثل : الصدق والعطف .
٢٢. يشتري أو يعمل شخصياً الهدايا لأفراد العائلة في الأعياد الكبرى .
٢٣. يستمع إلى الأصدقاء أو أفراد الأسرة الذين يحتاجون إلى الحديث عن المشكلات .

سادساً : مهارات الإفادة من المجتمع **Community Use** ، وتتضمن الفقرات التالية :

١. ينظر في كلا الاتجاهين قبل عبور شارع أو موقف للسيارات .
٢. ينظم وجباته عندما يأكل خارج المنزل .
٣. يجد دورة المياه في الأماكن العامة .
٤. يحضر ويجهز ملابسه ولوازم الرحلات .
٥. يستخدم مكتبة المدرسة أو المكتبة المحلية ليستعير كتب .
٦. يتبع التعليمات أو التوجيهات للوصول لأماكن قريبة .
٧. يحمل نقود كافية لشراء أشياء صغيرة مثل المشروبات الغازية .
٨. يذهب بمفرده لمنزل صديقه في نفس الحي .
٩. يرسل الخطابات بوضعها في صندوق البريد أو عن طريق مكتب البريد .

١٠. يجد قسم معين في مركز تجاري عندما يحتاج ذلك .
١١. يمشي بمفرده أو يقود دراجة لمنطقة لا تزيد عن ميل واحد أو تبعد خمسة بلوكات من منزله أو مدرسته .
١٢. يحمل الهوية الشخصية عندما يسافر إلى أماكن قريبة في المجتمع .
١٣. يذكر عنوانين عامة ، فمثلاً يقول إن شارع كذا قريب من شارع كذا .
١٤. يطلب من الناس أن يرشدوه إلى مكان التسوق .
١٥. يجد ويستخدم تليفون العملة .
١٦. يسأل المسئول في المحل عن معلومات خاصة بالمنتج قبل شرائه .
١٧. يعتمد على نفسه للسفر داخل المجتمع مشياً على الأقدام أو استخدام المواصلات العامة .
١٨. يصطحب معه بعض الناس لرحلة لأماكن قريبة ، فمثلاً يأخذ أخيه الصغير للنزهه في الحديقة العامة .
١٩. يخبر الآخرين عن مواعيد فتح المحلات فمثلاً من١٠ ص إلى ٩ م .
٢٠. يقوم بالتسوق لناس آخرين وأصدقاء لا يستطيعون التسوق .
٢١. يتصل ليحدد ما إذا كان الطلب جاهزا أم لا .
٢٢. يتصل بالفني على سبيل المثال إذا كان جهاز التكييف أو المدفأة لا تعمل .
٢٣. يتصل بالطبيب أو المستشفى عندما يشعر بالمرض .

سابعاً : مهارت الحياة المنزلية **Home Living** ، وتتضمن الفقرات التالية :
١. يضع الملابس غير النظيفة في المكان المناسب (في السلة) .
٢. يحرص على وجود مناديل في المنزل .
٣. يلتقط الفضلات والورق ويرميها في سلة المهملات .
٤. يساعد في التنظيف الشامل للمنزل أو الجراج .
٥. يضع الأشياء في أمكانها المناسبة عند الانتهاء من استخدامها .
٦. يحتفظ باللعب أو الممتلكات الأخرى نظيفة .
٧. ينظف حذائه المتسخ قبل دخول المبنى .

٨. يمسح المنضدة تماماً بعد تناول الوجبة .
٩. ينظف البلاط .
١٠. ينظف الغرف أو أماكن المعيشة بصورة منتظمة .
١١. يرتب سريره جيداً .
١٢. ينظف الأثاث من الغبار حتى تصبح نظيفة .
١٣. يطبق الملابس النظيفة .
١٤. يجهز الوجبات البسيطة التي لا تتطلب الطبخ ، على سبيل المثال : السندوتشات أو السلطات .
١٥. يُشغل فرن البوتاجاز أو الميكرويف .
١٦. يغسل الأطباق سواء باليد أو بوضعها في غسالة الأطباق .
١٧. يخرج ويفرغ سلة المهملات عندما تمتلئ .
١٨. يستخدم الأجهزة الكهربائية الصغيرة ، على سبيل المثال : فتاحة العلب أو الخلاط .
١٩. ينظف الحمام بمواد التنظيف المناسبة .
٢٠. يستخدم مجفف الملابس .
٢١. يقوم بإصلاحات طفيفة لحاجاته الشخصية ، على سبيل المثال : الدراجات النارية أو الملابس .
٢٢. يطهى بعض الوجبات البسيطة على الموقد مثل البيض .
٢٣. يستخدم الغسالة لغسل الملابس .
٢٤. يضع المقادير للأطعمة التي تتطلب المزج ويجهزها سواء على الموقد أو في الفرن مثل الكيك .
٢٥. ينفذ الإصلاحات المنزلية الصغيرة ، على سبيل المثال : انسداد ماسورة الصرف أو تسريب من الصنبور .

ثامناً : مهارت الصحة والأمان **Health and Safety** ، وتتضمن الفقرات التالية :

١. يتناول الأدوية السائلة عند المرض .

٢. يربط حزام الأمان في السيارة .
٣. ينبه عن الأشياء الساخنة أو الخطرة .
٤. يتبع قواعد السلامة العامة في المنزل .
٥. يتبع قواعد السلامة العامة في المدارس أو غيرها من الأماكن العامة .
٦. يذهب إلى مكان آخر عندما يكون الجو باردا جداً أو حار جداً ، بمعنى يبحث عن الظل إذا كان الحر شديد ، ويذهب لداخل المبنى إذا كانت البرودة شديدة بالخارج .
٧. يتذوق الأطعمة الساخنة قبل أن يأكلها .
٨. يتبع قواعد السلامة في حديقة أو ملعب للأطفال .
٩. يحمل أشياء قابلة للكسر بأمان وعناية .
١٠. يحمل المقص بعناية .
١١. يتصل لطلب المساعدة إذا أصيب شخص في المنزل .
١٢. يتبع قواعد السلامة لأجهزة إنذار الحريق أو الطقس في المنزل .
١٣. يهتم بالجروح البسيطة مثل خدوش في الركبة نزيف الأنف .
١٤. يستخدم التيار الكهربي أو مأخذه بأمان .
١٥. يبحث عن الممرضة بالمدرسة أو مسؤول آخر بالمدرسة عندما يصاب بسوء أو أذى .
١٦. يبتلع حبوبا أو كبسولات مع الماء في حالة المرض .
١٧. يساعد الأطفال الصغار في عبور الشارع ممسكاً بأيديهم .
١٨. يحافظ على سلامة الدراجة أو السيارة .
١٩. يتبع إشارات المرور عند ركوب دراجة أو قيادة سيارة .
٢٠. يقيس درجة الحرارة بالترمومتر عند الشعور بالمرض .
٢١. يأخذ الأدوية الموصوفة بنفسه .
٢٢. يشتري الأدوية دون وصفه طبية "روشتة" عند الحاجة بسبب المرض .

تاسعاً : مهارات العناية بالذات Self- Care ، وتتضمن الفقرات التالية :

١. يستخدم دورة المياه في المنزل دون مساعدة .
٢. يستخدم الشوكة في الأكل .
٣. يغسل يديه بالماء والصابون .
٤. يستخدم فرشة الأسنان لتنظيفها .
٥. يستخدم المنديل لتنظيف الأنف .
٦. يشرب السوائل دون إراقة .
٧. رائحته طيبة .
٨. يزرر ملابسه بنفسه .
٩. يلبس الحذاء بطريقة صحيحة بنفسه .
١٠. يستحم يومياً .
١١. يلبس ملابسه بنفسه
١٢. يغلق الباب قبل أن يستخدم دورة المياه .
١٣. يقوم بتنظيف نفسه عندما يتعرض للطين أو الأوساخ .
١٤. يرتب ملابسه قبل أن يخرج من دورة المياه .
١٥. يحتفظ بشعره نظيفاً ومرتباً طوال اليوم بواسطة تسريحه .
١٦. يربط الحذاء بنفسه .
١٧. يستخدم دورة المياه العامة بمفرده .
١٨. يغسل شعره بنفسه .
١٩. يخلط الماء الساخن والبارد ليكون مناسباً للاستحمام .
٢٠. يغسل الحوض بعد تنظيف الأسنان .
٢١. ينظف تحت أظافر اليدين .
٢٢. يقوم من السرير في الوقت المحدد بنفسه .
٢٣. يقطع اللحوم والأطعمة الأخرى إلى قطع صغيرة الحجم .
٢٤. يقص أظافر قدميه ويديه بشكل منتظم (أحمد أبو زيد ، وجابر عيسى ، ٢٠١٢) .

التشخيص التربوي :

يعتمد هذا التشخيص التربوي على التحصيل الدراسي ، ويشمل هذا التشخيص قياس قدرة الطفل في المهارات الأكاديمية مقارنة بأقرانه المناظرين له في العمر ، ويتم التركيز في مرحلة الطفولة على المهارات اللغوية والمهارات الرياضية .

ويعتبر الفرنسي إيسكورول Esquirol أول من تنبه إلى إمكانية التشخيص التربوي في تشخيص حالات الإعاقة الفكرية ، حيث اقترح أن القدرة اللغوية يمكن أن تميز بنجاح الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من الأفراد ذوي الأداء الطبيعي .

ويعتبر الفشل في التحصيل وسوء التوافق في المدرسة العادية عرض رئيس من أعراض توقف النمو العقلي قبل اكتماله ، لكنه لا يكفي وحده لتشخيص الإعاقة الفكرية ، لأنه إذا كان جميع الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية فاشلين في التحصيل الدراسي ، فليس جميع التلاميذ الفاشلين في مدارسهم معاقين فكرياً . فقد ثبت من دراسات كثيرة أن تأخر التلاميذ دراسياً له أسباب كثيرة غير الإعاقة الفكرية ، منها ظروف التلميذ الصحية والنفسية والاجتماعية ، وظروف المدرسة وعدم كفاءة المدرسين (كمال مرسى ، ١٩٩٩ ، ٤٦) .

ويعتبر الفشل الدراسي المحك الضمني لتحديد الإعاقة الفكرية ، إلا أن هناك العديد من العوامل الأخرى المفسرة للفشل الدراسي تعزى إلى أسباب غير الإعاقة الفكرية (صفوت فرج ١٩٩٢ ، ٤٣٠) .

فينبغي أخذ الحذر عند الاعتماد على التشخيص التربوي ، حيث يرى بوشيل وآخرون (٢٠٠٤ ، ١٠٠) أن بعض التلاميذ يبدون عدم الرغبة لتأدية الامتحانات ، ولأسباب عديدة غير معروفة ، فإنهم يظهرون اختلافات عديدة في تأدية تلك الاختبارات خلال شهور أو سنين متتالية ، فالطفل الذي يشخص على أنه معاق فكرياً في فترة معينة ، من الجائز أن يظهر أنه بطيء تعلم في فترة أخرى ، عندما يتم التقييم من قبل ممتحن آخر وتكون الإجابة مختلفة .

ويتم تشخيص الجانب التربوي بعدة اختبارات أشهرها الاختبارات التي يعدها المعلمون والتي تكون شائعة في كثير من البيئات ، ومنها البيئات العربية ، كما توجد

اختبارات مقننة لهذا الغرض وهي أكثر انتشاراً في الولايات المتحدة الأمريكية ، ومن هذه الاختبارات ما يلي :

اختبار التحصيل واسع المدى : the wide range achievememnt test، WRAT

وضع هذا الاختبار كلاً من Jastak and Jastak عام ١٩٨٧ ، ويستخدم مع الأطفال من عمر ٥ سنوات إلى ١١ سنة ، وهذا هو المستوى الأول من الاختبار ، والمستوى الثاني من ١٢ سنة وحتى مرحلة الرشد ، ويقيس مهارات القراءة والحساب ، ففي مهارات القراءة يقيس النطق ، والتعرف على الكلمات ، والتهجي ؛ ويقيس في الحساب مهارات الجمع والطرح ، وهو من الاختبارات المألوفة في الولايات المتحدة الأمريكية .

اختبار إيلينوي للقدرات السيكولوغوية : Illinois Test Of Psycholinguistic Abilities

وضع هذا المقياس كيرك وزملائه (1961) Kirk , et al. ، وظهرت السخة الأولى منه عام ١٩٦١ ، وتم تعديله عام ١٩٦٨ ، وظهرت النسخة الثالثة المعدلة لهذا الاختبار عام ٢٠٠١ ، والتي عدلها Hammil , et al . ، ويقيس مهارات الاستقبال والتعبيري اللغوي لدى الأطفال في المرحلة العمرية من ٢ - ١٠ سنة ، ويستغرق تطبيق الاختبار على المفحوص حوالي ساعة ، ويحتاج إلى زمن تصحيح حوالي ٣٠ - ٤٠ دقيقة ويتكون المقياس من ١٢ اختباراً فرعياً . ويستخدم المقياس بشكل كبير في مجال التربية الخاصة بصفة عامة .

التشخيص الفارق :

ويعتمد هذا النوع من التشخيص على تحديد الفروق الدقيقة بين حالات الإعاقة الفكرية وغيرها من حالات الإعاقة والأمراض والاضطرابات ، حيث قد يوجه بعض التشابه بين حالات الإعاقة الفكرية وتلك الاضطرابات ، وتم تحديد هذه الفروق بناءً على نتائج البحوث والدراسات التي اهتمت بالتشخيص الفارق بين متلازمة الإعاقة الفكرية وتلك الحالات ، ونعرض بعض ما أمكن الحصول عليه من فروق .

الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد :

يرجع الفضل إلى "ليو كانر Leo Kanner " فهو أول من أشار إلى اضطراب التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة ، وقد كان ذلك عام ١٩٤٣ ، حدث ذلك حين كان " كانر " يقوم بفحص مجموعات من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية ، ولفت نظره وجود أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم معاقين فكرياً ، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح "التوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism" ، حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات ، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس ، وتبعدهم عن الواقعية ، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويه أو إخوته ، فهم دائمو الانطواء والعزلة ، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم بل أصبحت في حالة انغلاق تام Shut up ، بحيث تصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال ، حتى المعاقين فكرياً منهم (عبد الرحمن سيد ، ٢٠٠٠ ، ٧ -٨) .

ويعرف أحمد عكاشة (٢٠٠٣ ، ٧٥٣) الشخص التوحدي بأنه الشخص الذي لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، والكثير منهم يظهرون الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء الذات ، كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم .

وأشار بعض الباحثين إلى أن أكثر من ٧٠٪ من ذوي اضطراب التوحد قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة الفكرية ، مما جعل هناك خلط بين اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية خاصة أن خصائص الإعاقة الفكرية تشبه السلوكيات التي يظهرها الأطفال ذوي اضطراب التوحد . وعموماً يمكن توضيح أهم الفروق في النقاط الآتية :

- الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ينتمون ويتعلقون بالآخرين ، كما أن لديهم وعي اجتماعي ، بينما لا يوجد لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم .

- القدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل موجودة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، ولكنها غير موجودة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية .
- اللغة والقدرة على التواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، لكن لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد اللغة غير موجودة ، وإن وجدت تكون غير عادية .
- نسبة وجود العيوب الجسمية في الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية في الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، فالأطفال ذوي اضطراب التوحد يميلون إلى أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية .
- يختلف الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد (جميل الصمادي ، ٢٠٠٧، ٣٣٧) .

وأشار ماجد السيد (٢٠٠٥ ، ٦٤-٦٥) إلى أن نسبة انتشار الأفراد ذوي اضطراب التوحد أقل من نسبة انتشار الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية التي تبلغ ٣٪ على الأقل من المجتمع بينما نسبة انتشار الأوتيزم من ٢-٣٪ على الأكثر .

ويميل الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية بينما الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يمكنهم الانتماء إلى الآخرين ، ويعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد من الاضطرابات الحادة في الذاكرة والانتباه مقارنة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (عبد الرحيم بخيت ، ١٩٩٩ ، ٢٢٥) .

ويعجز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن التقليد والمحاكاة بينما يقوم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالتقليد والمحاكاة ويعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد من الاضطراب الإدراكي أكثر من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، كما أن نسبة الذكاء لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أعلى من نسبة الذكاء لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ٦٢) .

كما أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لا يعانون من مشكلة رجع الصدى التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد ولا يستثيره التغيير في عاداته اليومية ،

والمعاقون عقلياً أسهل في التعامل معه وتدريبه في برامج التأهيل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، كما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد تنقصهم الدافعية مقارنة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، كما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يبدأون فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر ، وغالباً ما يحتاج إلى رعاية مدى الحياة ، بينما لا يحدث ذلك للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، بل إنه يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل (عثمان فراج ، ٢٠٠٢ ، ٧٥-٧٧) .

الإعاقة الفكرية والمرض العقلي :

ظل مفهوم الإعاقة الفكرية والمرض العقلي مترادفان على مدى قرون طويلة ، وبالرغم من الجهود المبكرة التي قام بها " هيبوقراط " إلا أن هذه الجهود لم تستمر ، ولم توجه الأنظار بشكل كبير إلى الفروق بين ذوي الإعاقة الفكرية والمرض العقلي ، فظل الجمع بين الإعاقة الفكرية والمرض العقلي على أنهما فئة واحدة لفترات طويلة . بل اتسع هذه المفهوم في العصور الوسطي ليشمل ذوي الاضطربات الأخرى مثل الاضطرابات الانفعالية والطبية والعقلية ، وذوي الإعاقات الجسدية .

وظهرت جهود أخرى - قد تكون قريبة من المعمول بها حالياً - وهي الجهود التي قام بها "فيتزهيربرت Fitzherbet" عام ١٥٣٤ ، والتي ميز فيها بين الإعاقة الفكرية والمرض العقلي ، وهذا التميز قريب من الأبعاد الارتقائية والذهنية والاجتماعية الحالية ، ثم كانت محاولة لوك عام ١٩٦٠ الذي ميز بين الجنون والإعاقة الفكرية ، وحتى منتصف القرن التاسع عشر ظلت مترادفات النقص العقلي والقماءة Certinnism مستخدمان بالتبادل ، حتى أن "جوجينبول" مؤسس أول معهد للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية كان يستخدمهما كمترادفات ، حتى جاء ويليام جريسنجر Wilhelm griesinger وعارض ذلك في عبارة "كل قماءة معتوه ، وليس كل معتوه قماءة" فالعته "الإعاقة الفكرية" هو الاصطلاح الأكبر ، أما القماءة فهو نوع من العته (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٩) .

وكان للتحديد الدقيق للإعاقة الفكرية في تعريفات هيبر وجروسمان دوراً كبيراً في تفرد الإعاقة الفكرية بخصائص التي تختلف كثيراً عن تعريف المرض العقلي . فيتصف

المرض العقلي بالاضطراب الشديد في المزاج أو العلاقات الاجتماعية الشخصية ، أو في المزاج أو في التفكير .

ويعرف المرض العقلي بأنه : اختلال عقلي في صور النشاط الإنساني يؤدي إلى خلل شامل في شخصية المريض وفي سلوكه مما يفقد صلته بالواقع ، ويكون لنفسه عالم خاص به من الأوهام والخيالات ، مع وجود مدركات حسية خاطئة لديه (فوزي جبل ، ٢٠٠٠) .

ويعرف بأنه : اضطراب نفسي شديد يصيب الشخصية فيجعل اتصالها مع الواقع معطوباً ويجعل التفكير مختلطاً ، ويبدو المصاب وكأنه يعيش في عالم خاص به ، ويتميز بالخصائص الآتية :

- اضطراب نفسي شديد يصيب الشخصية .
- انحراف التفكير .
- للذهاني عالمه الخاص به .
- اتصال الشخص بالواقع معطوباً وغير سوي (نائل عبد الرحمن ، ٢٠٠٧ ، ١٥٤) .

وبناءً على ما تم عرضه من مفاهيم عن الإعاقة الفكرية فيما يخص الذكاء تبين أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من نقص واضح في القدرة العقلية ، وتكون نسبة الذكاء لديهم أقل من ٧٠ ، في حين أن المريض العقلي قد لا يعاني من النقص الواضح في قدرته العقلية ، وأنهم يعيشون في عالم من الأوهام والخيالات مع وجود مدركات حسية خاطئة ، وأخطاء في التفكير وخلل في الذاكرة ، ويفقدون صلتهم بالواقع .

وتختلف الإعاقة الفكرية عن المرض العقلي أيضاً؛ فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، وهو عبارة عن مشكلات في الشخصية واضطرابات في السلوك والمرض العقلي يحدث في أي مرحلة من مراحل عمر الإنسان ، ولكنه غالباً ما يحدث بعد سن المراهقة ، ويحدث المرض العقلي للفرد بعد مروره بمرحلة فشل في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها أو في تعامله مع أشخاص بعينهم ، أو نتيجة عجز الفرد عن حل بعض المشكلات ، أو نتيجة لمغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا يتلاءم مع قدراته وإمكاناته فيجد نفسه عاجزاً عن تحقيق تلك

الطموحات مما يؤدي به إلى مزيد من التوتر والضغوط النفسية ، وتكرار مواقف الفشل في حياة بعض الأفراد قد يؤدي بهم إلى الإتيان ببعض الأنماط غير السوية من السلوك الانفعالي مثل : الاكتئاب ، والانسحاب ، والعدوانية ، والانطواء ، والعزلة (أمل معوض ، ٢٠٠٢ ، ١٤١) .

الإعاقة الفكرية وصعوبات التعلم :

تمثل حالات صعوبات التعلم تلك الفئة من الأطفال التي لا تعاني من نقص في قدرتها العقلية ، حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٨٥- فما فوق درجة على منحنى التوزيع الطبيعي (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ١٨) .

وأشار " Samuel Kirk " عام ١٩٦٣م لأول مرة إلى مصطلح صعوبات التعلم Learning Disability ، حيث بيّن أن هناك فئة من الأطفال يصعب عليهم اكتساب مهارات اللغة والتعلم بأساليب التدريس العادية مع أن هؤلاء الأطفال غير معاقين فكرياً ، كما لا توجد لديهم إعاقات بصرية أو سمعية تحول بينهم وبين اكتسابهم للغة والتعلم وتظهر عادة في عدم مقدرة الشخص على الاستماع ، التفكير ، الكلام ، القراءة ، الكتابة ، التهجئة ، أو حلّ المسائل الرياضية (إبراهيم أبو نيان ، ٢٠٠١ ، ١٤) .

وركزت البحوث والدراسات التي تناولت تشخيص حالات صعوبات التعلم على مجموعة من المحكات التي يمكن من خلالها التعرف على ذوي صعوبات التعلم وهي :

- **محك التربية الخاصة** : وتعني احتياج ذوي صعوبات التعلم إلى تدابير تعليمية خاصة (إجراءات تقييم وتشخيص وتصنيف وتسكين ، ومعلمين ومدربين ، وبرامج تعليمية علاجية ، وأساليب تدريس فردية ، ورعاية نفسية واجتماعية) .
- **الاضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية** : ويقصد به أن يبدي الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم اضطراباً في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة

أو المكتوبة ، واللازمة لتفسير وإدراك وتجهيز ومعالجة المعطيات الحسية الواردة إلى الدماغ عن طريق الحواس ، ومن هذه العمليات الانتباه والتمييز ، والتنظيم والذاكرة البصرية والسمعية ، والتكامل الحس حركي .

- محك الاستبعاد : يقصد به استبعاد الطلاب الذين يرجع تدني التحصيل لديهم إلى وجود إعاقة أو نقص فرص التعلم أو الحرمان البيئي الاجتماعي أو الاقتصادي أو الثقافي .
- محك التباعد أو التناقض : وفقاً لهذا المحك يتم تشخيص صعوبة التعلم في الحالات الآتية :

أ- التباعد أو التباين الشديد في نمو الوظائف النفسية كالانتباه والتمييز واللغة والذاكرة وإدراك العلاقات والمقدرة البصرية الحركية وتكوين المفاهيم ، حيث ينمو الطفل بشكل عادي في بعض هذه الوظائف ويتأخر في بعضها الآخر .

ب- التباعد أو التباين الشديد بين المقدرة العقلية العامة أو الخاصة للطفل ومستوى إنجازه وكذلك معدل تحصيل الأطفال الآخرين ممن هم في نفس عمره الزمني .

ت- التباعد أو التباين الشديد بين مظاهر النمو التحصيلي للطفل في المواد الدراسية فقد يكون متفوقا في الحساب وعادي في العلوم ولديه صعوبة تعلم في اللغة العربية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٤٤٨ - ٤٥٠) .

ويتم حساب التباعد أو التباين بين مستوى التحصيل المتوقع ومعدل التحصيل الأكاديمي الفعلي بعدة طرق من بينها : طريقة الانحراف عن مستوى الصف ، ومقارنة نسبة الذكاء والتحصيل باستخدام الدرجات المعيارية وتحليل انحدار الذكاء على التحصيل (السيد سليمان ، ٢٠٠٠) .

الإعاقة الفكرية وبطيئي التعلم :

تمثل حالات بطيئي التعلم تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها ما بين ٨٥ - ٧٠ درجة على منحنى التوزيع الطبيعي (فاروق الروسان ، ٢٠١٠ ، ١٨) .

الإعاقة الفكرية واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD :

يقع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في فئتين هما : نقص الانتباه Symptoms Of Inattentiveness ، والفئة الثانية النشاط الزائد الاندفاعية Hyperactivity Impulsivity ، في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM-IV ، ويجب عند تشخيص حالات الإعاقة الفكرية أو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التفريق بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومتلازمات الإعاقة الفكرية (Millichap ,2010 ,31) .

تعقيب :

وأخيراً ينبغي تعدد المحكات المستخدمة في عملية التشخيص ، لأننا لا نثق في تشخيص حالة إعاقة فكرية أُعتمد فيها على محكا واحد ، مهما كان ذلك المحك ، لأن الإعاقة الفكرية لا تنحصر في القدرة العقلية أو القدرة على التحصيل ، أو النضج ، أو الصلاحية الاجتماعية وإنما هو تخلف في جميع هذه النواحي ولا بد من توافر جميع البيانات التي تؤكد تخلفه في جميع هذه النواحي . وهذا التشخيص لا يتم إلا بوجود فريق من المختصين . كما أن الاعتماد على وسيلة واحدة في التشخيص أمر لا يخلو من الخطأ ، فلسنا نعرف وسيلة نضع فيها كل هذه الثقة . وهذا يوضح الصعوبة العملية في عملية التشخيص بالرغم من البساطة التي تبدو من الوهلة الأولى (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٣٤ - ٣٥) .

وتتفق المنظمات والجمعيات العالمية[1] على ثلاثة محكات أساسية عند تحديد الإعاقة الفكرية وهي :

- الوظيفية العقلية دون المتوسط بشكل دال كما تحددها اختبارات الذكاء .
- العجز المتزامن في أداء السلوك التكيفي ، وهذا ما يطلق عليه صعوبات في المهارات المطلوبة للحياة اليومية .

---

(١) منظمة الصحة العالمية الإصدار العاشر ، والجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الرابع ، والجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية .

- حدوث هذه العوامل خلال الفترة النمائية قبل عمر ١٨ سنة (Carr & Jewell , et al . ,2009. ; Matson , 2007; O'Reilly , 2007) .

التشخيص ومراحل النمو :

أوضحنا فيما سبق أن الإعاقة الفكرية قد تحدث في الفترة النمائية ، وهذه الفترة ممتدة وطويلة جداً ، حيث تمتد من بداية الحمل وحتى نهاية المراهقة وبداية الرشد ؛ أي حتى عمر ١٨ سنة . وأوضحنا أن الشخيص المتكامل - والذي يتضمن التشخيص الطبي والسيكومتري والاجتماعي والتربوي والفارق - هو التشخيص الذي يعتد به عند الحكم طفل ما بأنه معاق فكرياً ، ولكن كل عناصر التشخيص قد لا تتحقق في مرحلة عمرية معينة ، أو أن هناك علامات قد تظهر بوضوح في مرحلة معينة دون الأخري .

ويختلف مدى الالتزام بعناصر التشخيص باختلاف المجتماعات؛ فهناك بعض الدول الأوربية لا تعتمد إلا على التشخيص الطبي في تشخيص متلازمة الإعاقة الفكرية ، وهذا قد يكشف فقط عن الإعاقة الفكرية المتوسط Moderate ، والشديد Severe ، والشديد جداً Profund ، والتي يكون معظمها راجع لإسباب طبية . وهنا تبقى حالات الإعاقة الفكرية البسيطة Mild والتي يرجع البعض منها إلى عوامل اجتماعية حضارية ثقافية بعيداً عن قائمة الإعاقة الفكرية في تلك الدول . وبعض الدول تعتمد على نسبة الذكاء فقط عند تحديد الإعاقة الفكرية ، وبعض الدول تعتمد على نسبة الذكاء والسلوك التكيفي عند تشخيص الإعاقة الفكرية . فلكل مجتمع فلسفته وتوجهاته في هذا المجال .

ونؤكد أن التشخيص المتكامل هو التشخيص الذي ينبغي أن نأخذ به عند تشخيص وتقويم ذوي الإعاقة الفكرية ، لأن هذا ليس فقط مفيدا في عملية التشخيص بل يكون مفيد في مجال رعاية وتربية وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . ولكن قد يكون في مرحلة ما من مراحل النمو عنصر تشخيص أوضح من الآخر ، فمثلاً في مرحلة ما قبل الولادة أو أثناء الحمل قد يكون عنصر التشخيص الطبي أوضح في الكشف عن مشكلات الإعاقة الفكرية ، وقد يسبق عناصر التشخيص الأخرى التي يُمكن تحديدها بعد الولادة ، فبفضل التقنيات الطبية والأدوات الحديثة في مجال الطب

أمكن للأطباء فحص الجنين أثناء الحمل ، والتعرف على مراحل تطوره ، والتعرف على مدى سلامته وتقدمه أو تعرضه للمشكلات والتشوهات .

ويمكن حصر المراحل التي يمكن أن نتنبأ فيها بالإعاقة الفكرية أو نكشف عنها إلى : مرحلة ما قبل الزواج ، ومرحلة الحمل ، ومرحلة المهد أو قبل المدرسة ، ومرحلة المدرسة الابتدائية ، ومرحلة المراهقة . ويمكن توضيح ذلك في الفقرات التالية :

مرحلة ما قبل الزواج أو ما قبل التخطيط لإنجاب طفل :

يبدأ تشخيص الإعاقة الفكرية في مرحلة ما قبل الزواج ، أو في مرحلة التخطيط لإنجاب طفل ، ويتم هذا عن طريق الفحوص الطبية التي يجريها المقبلون على الزواج والتي تحدد العيوب الجينية الوراثية والمشكلات الصحية التي قد يعاني منها أحد الطرفين ، وفي هذه الحالة يمكن للعلاج الطبي السيطرة على تلك المشكلات ، وإذا ما تم تجاهل ذلك ففي هذه الحالة نقول إن هناك احتمال خطر قدوم جنين مصاب بالإعاقة الفكرية إذا كانت مشكلات الطرفين ترتبط بالإعاقة الفكرية ، وهنا نكون اعتمدنا على المعيار الطبي في تحديد الإعاقة الفكرية . ويتضمن الفحص في هذه المرحلة أيضا فحص التاريخ العائلي للطرفين ، فمثلاً التعرف على ما إذا كان في أسرة أحد الطرفين حالات إعاقة فكرية أو أي إعاقات أخرى .

ويشمل التشخيص في هذه المرحلة أيضاً فحص الأزواج المقدمين على إنجاب طفل جديد ، وخاصة إذا كان الأزواج لديهم تاريخ سابق لإصابة طفل بالإعاقة الفكرية أو أي إعاقة أخرى ، والتعرف على مدى توافق دم الأم مع دم طفلها السابق ؛ أي التعرف على عامل الرايزس rh ، والتعرف إذا ما كانت الأم أخذت الحقنة المعادلة لذلك أم لا ، لأن ذلك يرتبط بعدم توافق دم الأم مع دم الطفل القادم وهو جنين مما يترتب عليه تكسير كرات دم الجنين والذي يؤدي إلى الإعاقة الفكرية .

وكذلك التعرف على الأمراض التي يعاني منها اللآباء ، وخاصة الأم ، مثل الأمراض المعدية أو الأمراض المزمنة لما لها علاقة بالإعاقة الفكرية ، وكذلك التعرف على المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي لما له من علاقة بالإعاقة الفكرية ؛ فهناك العديد من العوامل التي ترتبط بالإعاقة الفكرية والتي تكون موجودة لدى الآباء أو لدى

المقبلين على الزواج ، والكثير من العوامل يمكن علاجها وتفاديها والبعض الآخر يترك فيه القرار للأزواج أو المقبلين على الزواج .

مرحلة الحمل أو ما قبل الولادة :

ويتم في مرحلة الحمل دراسة خصائص الجنين أثناء الحمل ، وتشمل هذه المرحلة مدى كبير من العوامل المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، فهناك عشرات العوامل التي يمكن أن تحدث في هذه الفترة وتسبب الإعاقة الفكرية ، ومنها ما يتعلق بالكروموسومات أو الجينات أو الأمراض ، أو غيرها من الأمراض والاضطرابات التي تحدث أثناء الحمل .

وقدمت لنا التقنيات الطبية الحديثة أدوات كثيرة يمكن الاعتماد عليها في فحص الجنين والحامل ، فكان الاعتماد في الفترات السابقة على الأشعة السينية وتحاليل الدم والبول والتي تقدم معرفة بسيطة عن وضع الطفل في هذه الفترة ، وتطور الوضع إلى أخذ عينة من السائل الأمينوسي المحيط بالجنين ، تطور الوضع كثيرا في العصر الحالي عن طريق استخدام تقنيات الموجات فوق الصوتية ، والتي تعطي تقريراً كاملاً مفصلاً عن الجين .

ويمكن عن طريق استخدام تقنيات الموجات فوق الصوتية التعرف على نمو الجنين ومراحل تطوره ، ووزنه ، وطوله ، والتشوهات والمشكلات ...، والكثير من العوامل المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، وبالرغم من أن هناك عدد كبير من العوامل يمكن أن تحدث أثناء الحمل والتي قد تؤدي للإعاقة الفكرية أو تكون مؤشراً عليها ، إلا أن التعرف عليها مبكراً يُمكن الأطباء من معالجة الكثير منها ، ويكون القرار الأخير فيها للآباء .

فحص الأطفال حديثي الولادة :

ويتم في هذه المرحلة فحص الأطفال حديثي الولادة ، فعقب عملية الولادة يمكن فحص العديد من العوامل المرتبطة بصحة الطفل وبالإعاقات بصفة عامة ، ويتم هذا الفحص باستخدام اختبار " أبجار Apgar " عقب الولادة مباشرة في الدقيقة الأولى ، ويعاد تطبيق هذا الاختبار بعد خمسة دقائق ، ويُطبق هذا الاختبار بواسطة مختصين

التوليد أو من يقوم مقامهم ، ويتضمن هذا الاختبار خمسة مجالات هي : ضربات القلب ، وجهد التنفس ، وايقاع العضلات ، والاهتزازات الانعكاسية . وإذا ما حصل الطفل على درجة منخفضة على هذا الاختبار فهذا منبئ على وجود مشكلات لدى الطفل ، وربما يتطلب هذا المزيد من الفحوص للتشخيص الدقيق للطفل حتى يتم علاجه في وقت مبكر . ويتضمن الفحص في هذه المرحلة التعرف على وزن الطفل ، وطوله ، وحجم الرأس ... وغيرها مما هو متعارف عليه في مجال الفحوص الطبية .

فحص الطفل في مرحلة المهد :

تعتبر مرحلة فحص الطفل في مرحلة المهد أو ما قبل المدرسة المرحلة التالية لتشخيص الإعاقة الفكرية في الفترة النمائية ، ويتم التركيز في هذه الفترة على الذكاء ، واللغة ، والأداء الاجتماعي ، والأداء الإدراكي الحركي ، ويمكن التعرف على ذكاء الطفل في هذه المرحلة باستخدام الأدوات المقننة والمتخصصة لهذه المرحلة ، ومن هذه الاختبارات مقياس "كاتل لذكاء الأطفال" ، وهو يكشف عن ذكاء الأطفال في المرحلة العمرية من شهرين إلى ٣٠ شهراً ، ومقياس "بايلي لارتقاء الطفل" والذي يكشف عن ذكاء الأطفال في المرحلة العمرية من شهرين إلى ٣٠ شهراً ، ومقياس ستانفورد – بينيه ، ومقياس وكسلر لأطفال ما قبل المدرسة .

ويمكن التعرف على لغة الطفل في هذه المرحلة من خلال دراسة لغته الاستقبالية والتعبيرية ، حيث تتطور لغة الطفل في هذه المرحلة تطوراً كبيراً يُمكّن المختصين من قياسها وتشخيصها ، ويعتبر مقياس " إلينوي للقدرات السيكولغوية " من المقاييس المهمة في هذا المجال ، حيث يغطي المرحلة العمرية من ٣٠ شهراً إلى عشرة سنوات .

ويعتبر القصور في الوظيفية الإدراكية الحركية من المهام المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، وتقييم هذه الوظيفية في هذه المرحلة ضرورياً للأطفال الذين يُعتقد أنهم يعانون من الإعاقة الفكرية ، وهناك مقاييس متعددة يمكن أن تُستخدم لهذا الغرض منها "مقياس الإدراك البصري لفروستيج" ومقياس "التكامل الحركي البصري المطور" لبيري .

وتعتبر الوظيفية التكيفية – وهي ما يعبر عنها بالسلوك التكيفي – من المحددات الرئيسة للإعاقة الفكرية ، ومن المفترض أن يكون الطفل في هذه المرحلة قادر على

ممارسة بعض المهارات التكيفية التي يقوم بها أقرانه ، وهناك الكثير من المقاييس التي يُمكن استخدامها للتعرف على قدرات الطفل التكيفية مثل : مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية ، ومقياس فايلاند للنضج الاجتماعي .

المرحلة الابتدائية :

تمثل المرحلة الابتدائية مرحلة تحدي كبير لقدرات الطفل ، حيث من المفترض أن يكون الطفل في هذه المرحلة قادراً على مسايرة أقرانه في المجال النفسي والاجتماعي والتعليمي ، ويتضمن فحص الطفل هنا كل عناصر التشخيص المتكامل إذا ما كان الطفل يعاني من مشكلات تتعلق بالإعاقة الفكرية ، وإذا كان الطفل غير قادر على مسايرة زملائه في التعليم بدرجة ملحوظة .

ويتضمن التشخيص هنا ما يعرف بالتشخيص المتكامل ، وسبق الحديث عن عناصر هذه التشخيص ، ولكن قد يكون التشخيص التربوي مقدم على عناصر التشخيص الأخرى ، فيتم التعرف هنا على تحصيل الطفل مقارنة بأقرانه ، ويستخدم في هذه المجال العديد من الاختبارات منها ما هو مقنن مثل اختبار "التحصيل واسع المدى" والذي أعده "جستاك وجستاك" ، وغيرها مما يقره المختصون في كل مجتمع .

مرحلة المراهقة :

تبدأ هذه المرحلة من عمر ١٣ سنة فأكثر ، وهو ما يقابل مرحلة التعليم المتوسط ، وتستمر هذه المرحلة حتى سن ١٨ سنة ، ويتم التركيز هنا على الذكاء والأداء المهني ، ويتم التعرف على الذكاء باستخدم اختبارات الذكاء المقننة مثل اختبار "ستانفورد – بينيه" ، ومقياس "وكسلر" .

وينبغي في هذه المرحلة –وإضافة إلى ما سبق – الكشف عن النمو المهني ، والميول المهنية ، والقدرات المهنية ، والاختيار المهني ، لما له من أهمية في تحقيق الاعتماد على الذات ، والاستقلال في الحياة ، ويتم تقويم الطفل في هذا المجال في بيئة عمل أقرب إلى بيئة العمل الفعلية ، فمثلاً في المدرسة يمكن التعرف على ذلك في حصص الأنشطة ، أو في الورش والمصانع إذا كانت متاحة ، ويتم هنا تحليل السلوك المهني التطبيقي للطفل .

الفصل السادس
خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية

- الخصائص الجسمية .
- الخصائص النفسية والسلوكية .
- الخصائص المعرفية .
- الخصائص الاجتماعية .
- الخصائص اللغوية .
- الخصائص الحسابية .
- اضطرابات التواصل .

الفصل السادس
خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية

تعتبر مشكلة الإعاقة الفكرية مشكلة معقدة بقدر تعدد المسببات التي تؤثر في ظهورها أو في درجة الإصابة بها وتأثيرها على مظاهر الإعاقة الفكرية من مظاهر إكلينيكية مميزة لبعض الحالات أو مظاهر سلوكية يتصف بها ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة أو بأخرى ، وبالتالي يتعذر علينا التسليم بأن هناك تجانساً بين أفراد هذه الفئة بالدرجة التي تسمح لنا بتقديم وصف عام لهم . فهناك فروق كبيرة بين المصابين بالإعاقة الفكرية سواء من حيث المدى أو مصدر العلة فكل من المدى ومصدر العلة يرتبط بمظاهر سلوكية معينة عقلية كانت أو اتصالية أو اجتماعية (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وتترك الإعاقة آثاراً سلبيةً تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك ذوي الإعاقة الفكرية وذلك بدرجات متفاوتة ، فهي تنعكس على أدائهم في القدرات العقلية والمعرفية ، وتنعكس كذلك على قدراتهم على التكيف الاجتماعي ، واتزانهم الانفعالي ، وسمات الشخصية ككل (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٧٦-٧٧) .

ويتميز الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالفروق الفردية بينهم وبين الأطفال العاديين ، كما أن هناك فروقا واضحة داخل فئات الإعاقة الفكرية نفسها ، وبالرغم من وجود الخصائص العامة التي يختص بها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عموماً إلا أنه توجد خصائص خاصة تميز كل فئة من فئات الإعاقة الفكرية ، وتتنوع هذه الخصائص ما بين الخصائص الجسمية والنفسية السلوكية والمعرفية والاجتماعية والأكاديمية واضطرابات التواصل ، ونعرض هذه الخصائص بشيء من التفصيل كما يلي :-

أولاً : الخصائص الجسمية :

يقصد بالخصائص الجسمية صفات الطول والوزن والتوافق الحركي العام والنوعي والحالة الصحية العامة والبنيان الجسمي للفرد ، وقابليته للعدوى أو المرض ومقاومته ، ويلاحظ بوجه عام أن بعض هذه الصفات تعتمد على خصائص وراثية إلا في الحالات التي يتعرض تكوينها أو نموها لعوامل غير طبيعية مثل إصابات الدماغ أو خلل في الغدد أو التمثيل الغذائي في الجسم ، وتشير نتائج معظم الدراسات إلى أن ذوي الإعاقة

الفكرية القابلين للتعليم يقاربون الأفراد العاديين في معدل النمو الجسمي ، وأن معظم حالات القابلين للتعليم لا يصاحبهم وجود حالات إكلينيكية ، وليس معنى هذا أن الحالة الإكلينيكية هي التي تحدد مستوى الإعاقة الفكرية ، ولكن هناك عوامل عديدة يجب أن تؤخذ في الاعتبار كالاستثارة البيئية والرعاية التربوية (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٢٥٥ ;Kirk , et al , 1993 , 109) .

وتشير نتائج الدراسات إلى أن حالات الإعاقة الفكرية البسيطة تنمو جسمياً مثل العاديين تقريباً في الطفولة ، وتنمو عندها علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة ، ويكتمل عندها نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في حوالي سن الثامنة عشرة مثل أقرانهم العاديين ، ويعني هذا أن معظم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يصلون إلى الرشد الجسمي ، ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي ، أما حالات الإعاقة الفكرية المتوسط فيختلف النمو الجسمي عند بعضها عن النمو الجسمي عند العاديين بسبب بعض الأمراض والمعطيات الوراثية التي تسبب الإعاقة الفكرية (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢٧٤) .

وبصفة عامة هم أقل وزناً وطولاً ومتأخرون عن العاديين في نموهم الحركي (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١ ، ١٣٢) ، ويتأخرون في الجلوس والحبو والمشي والكلام ، كما تتأخر القدرة على القفز والجري ، والتوازن الحركي ، والقدرات الحركية بصفة عامة (علا عبد الباقي ، ٢٠٠٠ ، ٩٠) .

وتأخذ حالات الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم نفس خصائص العاديين ، ولذلك يعتبر التمييز بين حالات الإعاقة الفكرية والعاديين على أساس الخصائص الجسمية يعتبر تمييزا فيه العديد من نواحي القصور والشك للأسباب الآتية :

- الفروق الجسمية بين معظم حالات الإعاقة الفكرية وأقرانهم العاديين قليلة .
- هذه الفروق لا تميز بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وغيرهم بشكل قاطع .
- حالات الإعاقة الفكرية تنمو جسمياً في الطفولة مثل العاديين تقريباً .
- علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين .
- عادة ما يكتمل نمو العضلات ، والعظام ، والطول ، والوزن ، والجنس من جانبهم في حوالي سن الثامنة عشرة كأقرانهم العاديين .

- يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لأقرانهم العاديين .
- وعلى النقيض حالات الإعاقة الفكرية المتوسط ، والشديد ، والشديد جداً عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي ، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٧٩) .

فلا توجد خصائص جسمية تميز ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة عن أقرانهم العاديين فهم يشبهون العاديين إلى حد ما في الوزن والطول والحركة والصحة العامة والبلوغ الجنسي ، لذلك لا يُعتمد على الخصائص الجسمية في تشخيص الإعاقة الفكرية ولأن الفروق بين معظم حالات الإعاقة الفكرية وأقرانهم العاديين في هذه النواحي قليلة ، فلا تفرق بين المعاق وغير المعاق بشكل قاطع ، وأن حالات الإعاقة الفكرية البسيطة تنمو جسمياً مثل العاديين في الطفولة ، وتظهر علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة ، ويكتمل نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في سن ١٨ سنة مثل أقرانهم العاديين أي أن معظم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يصلون إلى الرشد الجسمي ، ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي قبل العاديين (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢٧٤) .

ويختلف حجم المخ لدى الكثير من ذوي الإعاقة الفكرية ، فهناك متلازمة صغر الدماغ والتي يكون فيها حجم الدماغ أصغر من المتوسط ، وحالات كبر مثل متلازمة كبر الدماغ ، ومتلازمة استسقاء الدماغ ، والتي يكون فيها حجم الدماغ أكبر من المتوسط ، ومن المعروف أن حجم رأس الطفل العادي الذكر عند الولادة حوالي ٣٤,٥ سم ، وتصل إلى ٤٩ سم عند عمر سنتين ، وتكون لدى الإناث حوالي ٣٤ سم عند الولادة ، وتصل إلى ٤٨ سم عند عمر سنتين ، وأن الانحراف بمقدار انحرافين عن المتوسط أكبر أو أصغر من المتوسط يعتبر حجم غير عادي ، ومن هذه الحالات ممن يعانون من الإعاقة الفكرية ، حيث أن حجم الدماغ يعبر عن حجم المخ ، وصغر حجم المخ يعبر عن مشكلات وقصور في نمو المخ ، وغالباً ما تكون هذه المشكلات مرتبطة بالإعاقة الفكرية ، كما سبق أن أوضحنا مثل متلازمات صغر الدماغ وكبر الدماغ واستسقاء الدماغ .

وتنتشر المشكلات الصحية لدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة ، حيث ترتبط المشكلات الصحية بشدة الإعاقة ، فكلما قلت درجة الذكاء عن ٥٠ درجة كلما بدأت تظهر الفروق في النمو الجسمي والحركي ، حيث نجد أن ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة أقل وزنا وأقل طولاً وأقل قدرة على المشي المناسب مقارنة بأقرانهم العاديين أو أقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة .

وتبدو الفروق في الخصائص الحركية واضحة حيث يميل الأطفال الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بصفة عامة إلى البطء في المشي والتأخر في النمو الحركي والمهاري ، وهذا ما أكدت عليه بعض نتائج الدراسات والبحوث حيث دلت أبحاث " ترمان Terman " على بطء هؤلاء التلاميذ في المشي كما أنهم يعانون من صعوبة في التحكم والإمساك بالأشياء مثل : الأقلام والأدوات المدرسية ، وغير ذلك (عبد العظيم مرسي ، ١٩٩١ ، ٤٢) .

ويعاني الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من صعوبات حركية كثيرة ، وقصور في الوظائف الحركية كالتوافق العضلي ، والعصبي ، والتآزر البصري الحركي ، والتحكم والتوجيه الحركي ، وصعوبة استخدام العضلات الصغيرة ، حيث يغلب على خطواتهم البطء وعدم الانتظام ، كما يصعب عليهم السير في خط مستقيم (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢١٩) .

فتتميز فئة الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب بصفة عامة بأنهم أقل طولاً ووزناً من العاديين ، كما أنهم أقل مقاومة للإصابة بالأمراض ، وغالباً ما يتميز بعضهم بعدم الاتزان في المشي خاصة إذا كانت إعاقته الفكرية راجعةً إلى إصابات أو التهابات في الجهاز العصبي المركزي ، وتكثر وجود التشوهات والانحرافات الجسمية بين أفراد هذه الفئة عن وجودها بين فئة القابلين للتعليم ، وتنتمي معظم حالات "متلازمة داون" وهي ذات طابع جسمي معين إلى هذه الفئة ، كما أن معظم حالات القصاع وحالات كبر الجمجمة وصغرها وحالات الاستسقاء الدماغي تنتمي إلى هذه الفئة ، وبمعنى أوضح أن من اصطلح على تسميتهم "الأنماط الإكلينيكية Clinical Types" وهم ذوو صفات جسمية معينة ينتمون إلى هذه الفئة (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٧٨) .

ويعتبر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإصابة بقصور في الإبصار والسمع عن الأسوياء ، ولديهم قصور في أداء وظائف اللمس والإحساس وهم أقل إحساساً بالألم من العاديين ، ومثل ذلك يوجد في حاستي التذوق والشم بدليل أن بعض الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية قد يلقون مواد أو أشياء مثل : الأزرار والدبابيس والحجارة الصغيرة في الفم ، ويجب أن تفسر هذه الظاهرة على أنها قصور في الإدراك قبل أن تكون قصوراً في الإحساس (فاروق صادق ، ١٩٨٧ ، ٢٦٠ - ٢٦٤) .

وتنتشر مشكلات التغذية وتناول الطعام بين ذوي الإعاقة الفكرية ، ومن هذه المشكلات عادات الأكل الغريبة ، وكراهية أنواع متعددة من الغذاء ، وتأخر وصعوبة المضغ ، والمص أو الابتلاع ، وتأخر الاعتماد على الذات في التغذية ، والإفراط في تناول الطعام ، وأكل التراب ، وأكل كمية قليلة من الطعام ، واجترار الأكل (Linscheid , 1983) .

وتنتشر المشكلات الصحية - بصفة عامة - لدى ذوي الإعاقة الفكرية أكثر من العاديين ، فلديهم فرصة كبيرة لتطوير هذه المشكلات (Merrick , et al ., 2006) .

ثانياً : الخصائص النفسية والسلوكية :

تمثل الاضطرابات الانفعالية عبئاً ثقيلاً على القدرات العقلية والتوافقية المحدودة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية مما يجعل من علاج تلك الاضطرابات ضرورة ملحة للإقلال من حجم الاضطرابات الوظيفية ، ولمساعدة ذوي الإعاقة الفكرية على القيام بالعمليات العقلية اللازمة لتحقيق التوافق على المستوى الشخصي ، مما يستدعي تصميم برامج للعلاج النفسي وفق حاجة الطفل مع الأخذ في الاعتبار طبيعة إعاقته الفكرية (محمد كامل ، ٢٠٠٣ ، ٨) .

وتنتشر الأمراض النفسية بما يقرب من حوالي أربعة أضعاف المنتشرة لدى الأفراد العاديين (Merrick , et al ., 2006) .

فيعاني الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلون للتعليم من ارتفاع وحدة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب وترتفع هذه الحدة لدى الأطفال المقيمين في مدارس خاصة عن الأطفال المقيمين في مدارس مشتركة (Heimam&Margalit ,1998) ، كما أن

الإناث أكثر شعوراً بالوحدة النفسية عن الذكور (عبد المنعم الدردير ، وجابر عبد الله ، ١٩٩٩) . ويتصفون بارتفاع مستوى الاندفاعية والنشاط الزائد والعدوان (Koskentausta , et .al . , 2007) .

ويعاني الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من بعض المشاكل النفسية والانفعالية مثل التبلد الانفعالي ، والميل إلى العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية والرتابة وسلوك المداومة والتردد وبطء الاستجابة والقلق والوجوم والسرحان (صلاح السرسي ، ١٩٩٨ ، ٤٢) .

كما يتصفون بتدني مستوى الدافعية الداخلية وتوقع الفشل وضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات والمفهوم السلبي عن النفس (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٢١٦) .

وتتزايد بوجه عام مشكلات الصحة النفسية لديهم قياساً بأقرانهم العاديين ، وذلك بنسبة تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف العاديين ، وتتزايد مثل هذه المشكلات مع زيادة إعاقتهم الفكرية ، حيث تقلل انخفاض الأداء الوظيفي العقلي من قدرة الطفل على مواجهة الضغوط ، وتزيد في الوقت ذاته من تلك الضغوط والمحن التي يتعرض لها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عند مواجهة الحياة (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٩٦ -٩٧) .

وتبعاً لمتغير الخصائص النفسية يمكن تقسيم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية إلى فئتين هما :

- الفئة الأولي : تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما ، والتي تبدو متعاونة ومطيعة ولا تؤذي أحداً .
- الفئة الثانية : تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التي تتسم بكثرة الحركة وعدم الاستقرار في نشاط معين ، والثورة والغضب لأسباب بسيطة . كما أنها تكون متقلبة المزاج ، حيث تكون هادئة أحياناً ، بينما تكون شرسة في أحيان أخرى ، ويمكن أن تؤذي نفسها أو غيرها (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ؛ عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٨٦) .

ويمكن توضيح الخصائص النفسية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية على النحو التالي :

العدائية Hostility :

يقصد بالعداء Hostility الشعور الداخلي بالغضب والعداوة والكراهية الموجهة نحو الذات أو نحو شخص ما أو موقف ما ، والمشاعر العدائية تستخدم كإشارة إلى الاتجاه الذي يقف خلف السلوك أو المكون الانفعالي للاتجاه (عصام عبد اللطيف ، ٢٠٠١ ، ١٠٠) .

وتوصلت دراسة كلاً من Maite and José (2007) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من ارتفاع مستوى العدائية مقارنة بالعاديين .

العدوان Aggressive :

يقصد بالسلوك العدواني بأنه : هجوم أو فعل محدد يمكن أن يتخذ أي صورة من الهجوم المادي والجسدي في طرف إلى الهجوم المنظم في الطرف الآخر ، وهذا السلوك يمكن أن يتم توجيهه ضد أي شخص أو ممتلكات الآخرين بما في ذلك ذات الشخص ذاته ، وأحيانا يكون سلوكاً ظاهراً مباشراً محدداً وواضحاً وأحيانا يكون التعبير عنه بطريقة إسقاطية على الآخرين أو البيئة من حوله ، ويشمل السلوك المادي أو الجسدي الذي يظهر في الاعتداء المادي أو الجسدي على الآخرين أو المكونات المادية في البيئة أو الذات (آمال أباظة ، ٢٠٠٤ ، ١٠-١١) .

ويتعرض ذوي الإعاقة الفكرية للإحباط أكثر من العاديين ، وكثيراً ما يكون العدوان هو السلوك الرئيس المؤدي إلى إرسال الطفل إلى المعهد أو المؤسسة للتخلص من مشاكله في المنزل أو مع الجيران والأصحاب (فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، ٢٩٥ - ٢٩٧) .

وترجع عدوانية الطفل المعاق فكرياً لنقص ذكائه ، وقصور نظرته في إدراك الأمور المستقلة وتوقع نتائجها فإن تصرفاته تكون مضطربة وغير متوائمة ومتوافقة مع المجتمع لأنها تحدث بدون حكمة أو فهم كامل منه ، فنجده يشذ على المجتمع ، وينتهك حق الغير ، وقد يصل هذا الانتهاك إلى الخروج عن القوانين مما يعوقه عن التكيف مع أفراد المجتمع (مريم فرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٤) .

ولا يرجع السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية فقط إلى انخفاض في نسبة الذكاء بقدر ما يرجع إلى الظروف البيئية والاجتماعية والخبرات السيئة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال من تفاعلهم مع الآخرين مثل : النبذ والترك وعدم التقبل والعقاب من الآخرين ، وهذا ما أكده جمع من الباحثين من أن السلوك العدواني هو نتاج لافتقار الطفل إلى المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل (عادل محمد ، ٢٠٠٢ ، ٣) .

ويزداد السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عن أقرانهم العاديين ، ويرجع السلوك العدواني لديهم إلى عدم الشعور بالأمن أو الاستقرار ، وتعرضهم إلى خبرات مؤلمة ومحبطة في تفاعلهم مع الآخرين من حولهم ، وتتمثل مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في الهجوم البدني ، والعدوان اللفظي وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ، وإيذاء الذات (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٨٨) .

وكذلك التوبيخ والسخرية أو التهكم والانتقاد ، والسب والاستهزاء والإذلال أو الإهانة ، والضرب والعض والدفع والتحرش والمقاتلة والمشاجرة ، والركل والقرص (سعيد دبيس ، ١٩٩٩ ، ٧٨) .

فيعتبر السلوك العدواني أحد المشكلات التي تواجه القائمين على تعليم وتربية وتدريب الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وتزداد نسبة انتشار السلوك العدواني لديهم كلما زادت درجة الإعاقة الفكرية ، وكلما اتجهت الخدمات المقدمة لهم نحو البيئة الأكثر تعقيداً (سعيد دبيس ، ١٩٩٩ ، ٧٩) .

العنف Violence :

يقصد بالعنف : انتهاك حقوق الآخرين والتي يقوم بها عضو ضد عضو آخر والتي تتمثل في : العنف النفسي ، والعنف اللفظي ، والعنف الجسدي ، والعنف الاقتصادي – الاجتماعي ، ومشاهدة العنف ، وغيرها من الأشكال التي تلحق الأذى والضرر بالآخرين (أحمد أبو زيد ، وجابر عبد الله ، ٢٠١٢ أ ، ٢٥٢) .

ويصدر عن ذوي الإعاقة الفكرية بعض صور العنف حيث أنهم يفتقدون المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الذي يُمكّنهم من التفاعل الجيد مع الأشياء

أو الأشـخاص أو الموضـوعات ، وقـد يرجـع سـلوكهم العنيـف كـرد فعـل للعـدوان أو للعنف الموجه إليهم من الآخرين ، أو قد يرجع لسوء المعاملة الوالديـة الـتي تتـصف بالإهمال والتجاهل والإنكار ...وغيرهـا . وقـد يقـوم ذوي الإعاقـة الفكريـة بالـسلوك العنيف كمحاكاة لسلوك الآخرين ، عندما يشاهدون الكبار أو الأقران يقومـون بـبعض أشـكال الـسلوك العنيـف . وكـذلك مـشاهدة الأطفـال لـبعض الأفـلام والمسلـسلات العنيفة ، وفوق ذلك كله قـصور القـدرة العقليـة والتكيفيـة قـد يعـوقهم عـن التفاعـل المناسب مع الأشياء والموضوعات .

ويتعرض ذوي الإعاقة الفكرية لبعض صور العنف الواقع عليهم من الآخـرين ، وقد يحدث ذلك نتيجـة بعـض الـسلوكيات غـير المناسـبة الـتي يقـوم بهـا ذوي الإعاقـة الفكرية ، وقد يقوم الآباء بالسلوك العنيف تجاه أبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية تعبيراً عـن الإحباط الذي يشعرون به عندما يعجزون في التعامل مع طفلـهم المعـاق فكريـاً . وهـذا لا يمنع أن هناك بعض من الناس يقوم بالعنف ضد الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بـدافع التسلية أو التهكم .

وكشفت نتائج دراسة Orelove , et al . (2000) إلى أن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة "الإعاقة الفكرية" يتعرضون لسوء المعاملة من قبـل الآبـاء أكثـر مـن المعلمـين ، وأشارت نتائج دراسة Sullivan and Knutson (2000) إلى أن نسبة انتشار الإساءة بـين الأطفال العاديين ٩٪ بينما نسبة انتشار الإساءة بين الأطفال ذوي الاحتياجـات الخاصـة ومن بينهم الإعاقة الفكرية ٣١٪ .

اضطرابات السلوك الفوضوي Disruptive behavior disorders :

تعد الاضـطرابـات الـسـلوكـية مـن أكـثـر الاضـطرابـات شـيوعـاً لـدى الأطفـال ذوي الإعاقـة الفكريـة ، واضطـراب الـسلوك الفـوضوي واحـد مـن أكـثـر الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في الطفولة والمراهقة وكـثيراً ما يؤدي إلى التصادم داخل الأسر والمجتمع (Ann & Karen , 2005) .

وينتـشر الـسلوك الفوضـوي لـدى الأطفـال ذوي الإعاقـة الفكريـة أكثـر مـن العاديين ، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكريـة القـابلين للتعلـيم أكثـر فوضـوى مـن

فئات الإعاقة الفكرية الأخرى ، فتتراوح نسبة السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين بين ١٢٪- ٣٦٪ (Frank&Fegert ,2004) .

وتزداد هذه النسبة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث تتراوح بين ١٢٪- ٤٥٪ ، فيُظهرون الكثير من السلوكيات الفوضوية مثل : التحدي والعناد وعدم المشاركة ، وعدم اتباع التعليمات والإهمال في الواجبات ، والعبث بأدوات المدرسة والمنزل ، والكتابة على الجدران (Koskentausta , et al . , 2007) .

ويؤدي السلوك الفوضوي المزمن إلى الجنوح الحاد ، والذي يظهر أثناء الطفولة المبكرة ، ويقاوم هؤلاء الأطفال الجهود العلاجية التي تبذل مع التقدم في العمر (Bernazzani , et al . , 2001) .

ولتلافي الخطورة التي تنجم عن استمرار السلوك الفوضوي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، كان لزاماً من الكشف المبكر عن السلوك الفوضوي الذي يعاني منه الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، ومن ثم اختيار أنسب الأساليب العلاجية للقضاء عليه أو تخفيف حدته ، حتى نصل بهم إلى أقصى حد من التوافق .

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal :

يعرف الانسحاب الاجتماعي في معجم علم النفس والطب النفسي بأنه : السلوك الذي يبتعد فيه الفرد عن أداء الوظائف اليومية العادية مع ما يصاحبه من شعور الفرد بالإحباط والتوتر وخيبة الأمل ، كما يشتمل معنى الانسحاب أيضا على الإبعاد العصبي للذات عن التفاعل الاجتماعي العادي المصحوب بعدم التعاون مع الآخرين ، وعدم الالتزام بالمسؤولية ، كما يشمل الانسحاب أيضا الاتجاه إلى العزلة والتباعد الانفعالي وعدم الرغبة في الاحتكاك الاجتماعي أو الاندماج ، ويتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد المفرط عن الغرباء ، والحساسية المفرطة الزائدة للنقد والنبذ ، وانخفاض تقدير الذات لدرجة تكفي لإضعاف القدرة على الإنجاز والمحافظة على العلاقات مع الآخرين ، وقد يبلغ هذا السلوك من الشدة ما يكفي لإفساد العلاقة بين الأقران (جابر عبد الحميد ، وعلاء كفافي ، ١٩٨٨ ، ٣٣٨ - ٣٤٠) .

ويرى Long (2000 ,2) أن مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ربما تظهر كنتيجة مباشرة للاتجاهات السلبية للأفراد العاديين نحو

الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، فيدفع ذلك بهم إلى الاكتئاب وتجنب المواقف الاجتماعية ، فيقعون في قيود مشاعرهم بالخوف من الآخرين ، فلا يستطيعون إقامة أي علاقات اجتماعية أو أي مشاركة في الأنشطة الجماعية ، ويلجؤن إلى الانسحاب بعيداً عن الآخرين .

وأكدت ذلك نتائج دراسة سهير الصباح (١٩٩٣) والتي أشارت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من الانسحاب الاجتماعي ، كما أنه يزداد كلما اشتدت درجة الإعاقة ، ونتائج دراسة (1995) . Johnson , et al التي أشارت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من الاضطرابات الوجدانية والعزلة والانسحاب الاجتماعي .

الاكتئاب Depression :

يعرف بأنه : عبارة عن مركب من الأعراض المتزامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق وعدم الارتياح يسيطر عليه الكآبة والحزن وفقدان الأمل وعدم الرضا وانقباض الصدر وسرعة الغضب أو الانفعال ، إضافة إلى الوجدان السلبي مع وجود تقلب دائم وثابت للمزاج (D .S .M .IV ,1994 , 163) .

ويشير الاكتئاب إلى مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للطفل المكتئب والتي تتميز بالحزن والتشاؤم ، والشعور بالفشل وعدم الرضا ، والتردد والقلق والميل إلى العزلة مع بعض الأعراض الجسمية مثل : فقدان الشهية ، واضطراب الهضم ، والشعور بالتعب (عبد الباسط خضر ، ونجوى محمد ، ١٩٩٩ ، ٩٩) .

وأكدت نتائج دراسة (2003) McBrien أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من الاكتئاب ، ويرجع الاكتئاب إلى الصعوبة في مهارات التواصل التي تعاني منها كل فئات الإعاقة الفكرية ، وأكدت نتائج دراسة (1993) Dosen أن معدل انتشار الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة متوسطة متشابها مع الأفراد ذوي الذكاء المتوسط .

وأكدت نتائج دراسة (2005 ,25) Anderson أن الاكتئاب لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية يرجع إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية لديهم استراتيجيات مواجهة

محدودة عندما يواجهون ضغوط الحياة اليومية ، كما أن خبرات الحياة لديهم أقل نضجاً من العاديين .

وتفيد نتائج الدراسات والبحوث إلى أن اضطرابات الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية يرجع إلى عوامل عدة متفاعلة ، وهذه العوامل هي : نقص المساندة الاجتماعية ، والقصور في المهارات الاجتماعية ، وتلف الدماغ ، والمشكلات السلوكية والجسمية ، وعدم وجود بيئة محفزة ، والقصور في التفكير التواؤمي لدى ذوي الإعاقة الفكرية عن أنفسهم وعن عالمه ، وأن هذه العوامل المعقدة والمتفاعلة تجعل من الصعب على ذوي الإعاقة الفكرية أن يخرجوا من عزلتهم ، وقد ينتشر الاكتئاب بنسبة ٨٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية في أحد الدراسات
. (Glenn , et al . ,2003; Singh , et al . , 1991)

وأفادت نتائج البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من اضطراب المزاج الاكتئابي (Esbensen , Depressed mood, et al . 2003) . ونسبة انتشار اضطراب الاكتئاب الرئيس Major depressive disorder حوالي ٦,٩٪ . ونسبة انتشار الاكتئاب الجزئيDysthymic disorder حوالي ١٠,٣٪ . . , (Gothelf , et al . , . 2008)

اضطرابات المزاج Mood Disorders :

تنتشر اضطرابات المزاج بين ذوي الإعاقة الفكرية أكثر من أقرانهم العاديين ، حيث توصلت دراسة (Gothelf , et al . , 2008) إلى أن نسبة انتشار اضطراب المزاج حوالي ١٤٪ بين حالات الإعاقة الفكرية .

اضطراب ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder :

ويطلق عليه الذهان الوجداني Affective Psychosis ، وذهان الهوس الاكتئابي ، أو الذهان الدوري ، أو الجنون الدوري Circular Psychosis ، ويتأرجح المصاب بهذا الاضطراب في حالاته النموذجية بين نوبتين متناقضتين هما المرح والنشوة وزيادة الطاقة النفسحركية وتطاير الأفكار "الهوس" من جانب ، والمزاج المبتئس وهبوط الطاقة النفسحركية "الاكتئاب" من جانب آخر ، وهذه النوبات قد تكون

متلاصقة أو منتظمة ، قد تفصل بينها فترات طويلة أو قصيرة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٣٤٧) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من اضطراب ثنائي القطب ، فتبلغ نسبة انتشار اضطراب ثنائي القطب حوالي ٢,٢٪ بين حالات الإعاقة الفكرية . (Gothelf , et al . , 2008)

القلق Anxiety :

يُعرف القلق بأنه : حالة انفعالية غير سارة Unpleasant تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفزع والرعب ، والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم غامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعي ، وقد يكون مبعث هذا الخطر أو التهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخلياً كالصراعات أو الأفكار المؤلمة ، أو خارجياً كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية ، أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٣ ب ، ١٢١) .

ويعتبر القلق مشكلة سلوكية شائعة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، ولكن القلق لم يتم بحثه بطريقة كبيرة مقارنة بالاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية . وأفادت نتائج بعض الدراسات أن القلق ينتشر بنسبة تتراوح بين ٢٪ - ٢٥٪ ، وقد يكون القلق حليف وثيق للاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد يكون القلق المعمم Generalized Anxiety أكثر انتشاراً لدى ذوي الإعاقة الفكرية عن أقرانهم العاديين ، كما يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من القلق العام General Anxiety) (Glenn , et al . ,2003; Esbensen , et al . ,2003) .

وأشارت نتائج دراسة Gothelf , et al .(2008) إلى أن نسبة اضطرابات القلق Anxiety Disorders تنتشر بنسبة ٤٤,٨٪ بين حالات الإعاقة الفكرية ، ونسبة انتشار اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder حوالي ٩,١٪ ، والقلق المعمم Generalized Anxiety Disorder حوالي ١٦,١٪ . وأفادت نتائج البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من القلق الاجتماعي "التجنب الاجتماعي" Social Avoidance (Esbensen , et al . ,2003) .

المخاوف Fears:

يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من الكثير من المخاوف ، فنسبة انتشار اضطراب الهلع Panic disorder حوالي ١,١٪ بين حالات الإعاقة الفكرية ، والمخاوف المحددة Specific phobia حوالي ١٧,٢٪ ، والفوبيا الاجتماعية Social phobia حوالي ٨٪ ، والخوف من الحيوان حوالي ١٦,٣٪ ، والخوف من الظلام حوالي ١١,٦٪ ، والخوف من البيئة الطبيعية ٥,٨٪ ، والخوف من الأصوات العالية ٤,٧٪ . (Gothelf , et al . , 2008)

اضطراب الوسواس القهري Obsessive–compulsive disorder :

يعرف الوسواس بأنه فكر متسلط ، والقهر سلوك جبري ، ويظهر بتكرار وقوة لدى المريض ، ويلازمه ، ويستحوذ عليه ، ويفرض نفسه عليه ، ولا يستطيع مقاومته على الرغم من وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه وعدم فائدته ، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٥٠٩) .

وأفادت نتائج البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من السلوك القهري ، فنسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري حوالي ١١,٤٪ بين حالات الإعاقة الفكرية . (Esbensen , et al . ,2003) .

وتنتشر أعراض الوساوس بنسب مختلفة ، فما يتعلق بالتلوث نسبته ١٨,٣٪ ، والعدوان نسبته ١٣,٧٪ ، والجنسية ٥,٨٪ ، والاضطراب الجسدي ٧٪ ، والدين ٣,٤٪ . وفيما يتعلق بالأفعال القهرية ، تنتشر الأفعال التكرارية بنسبة ٩,١٪ ، والأسئلة التكرارية ١٠,٣٪ ، والنظافة ١٧,٢٪ ، والمراجعات ١٣,٧٪ ، والعد ٢,٢٪ ، والخرافة ٣,٤٪ . (Gothelf , et al . , 2008).

اضطراب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder :

يعرف اضطراب ما بعد الصدمة بأنه : فئة من فئات اضطراب القلق تحدث عقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسمي غير عادي ، ويظهر أحياناً بعد التعرض مباشرة أو عند التعرض مباشرة لمدة ثلاثة أشهر للحدث الضاغط (ماهر عمر ، ٢٠٠٧ ، ٣٥) .

وتفيد نتائج الدراسات والبحوث إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ، حيث بلغت نسبة الانتشار حوالي ٤,٦٪ بين حالات الإعاقة الفكرية .(Gothelf , et al . , 2008) .

الفصام Schizophrenia :

يعرف الفصام بأنه : اضطراب يمزق العقل ، ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية ، وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى (فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣) .

ويعاني بعض ذوي الإعاقة الفكرية من الفصام Schizophrenia ، فقد تصل نسبة انتشار الفصام بين حالات الإعاقة الفكرية حوالي ١,١٪ . . (Gothelf , et al . , 2008)

الوحدة النفسية Loneliness :

تعرف الوحدة النفسية بأنها : خبرة شخصية مؤلمة يعيشها الفرد نتيجة شعوره بافتقاد التقبل والحب والاهتمام من جانب الآخرين ، بحيث يترتب على ذلك العجز عن إقامة علاقات اجتماعية مشبعة بالألفة والمودة والصداقة الحميمة ، وبالتالي يشعر الفرد بأنه وحيد رغم أنه محاط بالآخرين (آمال جودة ، ٢٠٠٥ ، ٧٧٩) .

وأشارت نتائج دراسة كلاً من Heiman and Margalit (1998) إلى ارتفاع مستوى الوحدة النفسية والاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وأشارت نتائج دراسة منى الدهان (٢٠٠١) إلى ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية عن العاديين والصم ، وأكدت ذلك نتائج دراسة Pavri (2001) والتي أشارت إلى انتشار الوحدة النفسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية أكثر من العاديين بنسبة ٢٥٪ .

اضطرابات الانتباه Attention Disorders :

يعتبر اضطراب الانتباه من المصطلحات التي ظهرت حديثاً والتي تظهر بشكل واضح لدى الأطفال ، وقد يصاحب اضطراب الانتباه فرط النشاط أو لا يصاحبه ،

وتم تصنيف اضطراب الانتباه في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM .3rd ,1980 بين نوعين من اضطراب الانتباه وهما :

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد[1] ADHD .
- اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد[2] ADD

ويعرف اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD بأنه : مصطلح يستخدم لوصف الأطفال مفرطي الحركة ، سريعي الانفعال والتسرع أكثر من معظم الأطفال الآخرين ، في معظم الوقت ، ويترافق مع مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قصور في التركيز والانتباه ، وغيرها من مشكلات أخرى في التعلم (T .M .H .C . , 2002) .

وورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM .3rd ,1980 أن اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد يعني عدم القدرة على الانتباه ، والقابلية للتشتت ، أي الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بالنشاط ، ويكون نتيجته عدم قدرة الطفل على إكمال النشاط بنجاح (سعيد دبيس ، والسيد السمادوني ، ١٩٩٨ ، ٩١) .

وتنتشر اضطرابات الانتباه سواء المصحوب بالنشاط الزائد أو غير المصحوب بالنشاط الزائد بمستويات عالية لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وأن حوالي ٤٠،١٪ من ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من نقص الانتباه ، وحوالي ١٩٪ يعانون من النشاط الزائد (Fidana , et al . , 2007) .

وتوصلت نتائج دراسة Gothelf , et al . , (2008) إلى أن حوالي ١٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية يعانون من نقص الانتباه ، وأن حوالي ٢,٢٪ منهم يعانون من النشاط الزائد والاندفاع .

---

(1) Attention deficit hyperactivity disorder
(2) Attention deficit disorder

اضطراب العناد المتحدي Oppositional Deficit Disorder :

يلعب اضطراب العناد المتحدي دوراً مهماً في تنمية المرض النفسي المبكر ، وله دور مركزي بين الاضطرابات الداخلية والخارجية ، والتي تحدث بسبب الأعراض السلبية لاضطراب العناد المتحدي (Burke , et al 2010) .

ويعرف اضطراب العناد المتحدي بأنه : مصطلح يستخدم لوصف الأطفال الذين يغضبون بسرعة ويجادلون كثيراً ، ويتصفون بالتحدي والاعتراض ، وهذا النوع أكثر شيوعاً في الأطفال الأصغر سناً الذين يتحدون في كثير من الأحيان والديهم ومعلميهم ، وعادة هؤلاء الأطفال لا يوصفون بالقسوة ، أو الترهيب ، أو السلوك المضاد للمجتمع ، ولكن هذا قد يتطور إذا لم يتم التعامل مع مشاكلهم . (T .M .H .C . , 2002)

وكشفت نتائج بعض الدراسات والبحوث إلى أن اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات المنتشرة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، كما أنه من منبئات أعراض الهوس لديهم ، وينتشر اضطراب العناد المتحدي بنسبة ٢٨,٧٪ بين ذوي الإعاقة الفكرية ، وفي دراسة أخرى بلغت نسبة اضطراب العناد المتحدي حوالي ١٣,٨٪ بين حالات الإعاقة الفكرية (Gothelf , et al . , 2008;. Fidana , et al . , 2007)

اضطراب المسلك " التصرف " Conduct Disorder :

يعد اضطراب المسلك واحد من اضطرابات الطفولة السلوكية الأكثر انتشاراً ، ويترتب عليه الكثير من المشكلات الأخرى الخطيرة في المستقبل .(Dick , et al . 2011)

ويعتبر اضطراب المسلك أكثر حدة من اضطراب العناد المتحدي ، ويتضمن أنماط سلوكية مثل : انتهاك حقوق الآخرين ، وانتهاك المعايير والقواعد الاجتماعية التي تتناسب مع أعمارهم ، والعنف ، والسرقة ، والخداع ، وعدم الالتزام بالمدرسة (Kisicki & French ,2011 ,507).

وكشفت نتائج بعض الدراسات والبحوث إلى أن اضطراب المسلك من الاضطرابات المنتشرة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وأن اضطراب المسلك يمثل حوالي ١٣,٣٪ بينهم ، وتوصلت دراسة أخرى إلى أن حوالي ٤,٦٪ من حالات الإعاقة الفكرية يعانون من اضطراب المسلك

.(Gothelf , et al . , 2008; Fidana , et al . , 2007)

الهوس Manic :

يعرف بأنه : اضطراب يغلب عليه الشعور المبالغ فيه من المرح والانبساطية ، كما يتميز بفرط النشاط الحركي الزائد ، وغزارة الأفكار وتطايرها ، والتهيج الانفعالي (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ب ، ٣٨٧) .

وتنتشر أعراض الهوس لدى ذوي الإعاقة الفكرية فحوالي ١,٨٪ لديهم هوس ، وأن حوالي ٧,٢٪ من المحتمل إصابتهم بالهوس ، كما أن النشاط الزائد والعناد المتحدي من منبئات إصابتهم بالهوس
. (Fidana , et al . 2011; Esbensen , et al . ,2003)

الجمود :

يرى كثير من الباحثين أن الجمود سمة من سمات ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث لاحظوا أن هؤلاء الأطفال يتخبطون في سلوك متكرر ومتقلب ، وهذا الجمود يظهر كنتيجة للفروق النوعية في عمليات التفكير لديهم (محروس الشناوي ، ١٩٩٧ ، ٣٤٠) .

صعوبات التنظيم الانفعالي Emotion Regulation Diffculits :

تكاد أن تكون الدراسات التي تناولت التنظيم الانفعالي لدى ذوي الإعاقة الفكرية نادرة ، هذا بالرغم من أنه لا يوجد ما يعوق ذوي الإعاقة الفكرية عن التعبير عن انفعالاتهم أو تنظيمها ، وأفادت الدراسات التي تناولت التنظيم الانفعالي أن ذوي الإعاقة الفكرية يمارسون استراتيجيات تنظيم انفعالية أقل فاعلية من أقرانهم العاديين ، فقد يحصلون على درجات قليلة على مقياس التنظيم الانفعالي ، فهم يعانون من صعوبات في التنظيم الانفعالي (Meule , et al .2013) ، وأن هذا يرجع إلى نقص التدريب أثناء التنشئة ، وهذا يعود بدوره إلى المنزل والمدرسة .

اضطرابات الأكل Eating Disorder :

وتشمل فقدان الشهية العصبي ، والشره العصبي ، وارتجاع الأكل ، والأكل الزائد .... وغيرها ، وتنتشر اضطرابات الأكل بنسبة ٣,٤٪ بين حالات الإعاقة الفكرية .(Gothelf , et al . , 2008)

وتأخذ اضطرابات الأكل أشكال متعددة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، فمنها القصور في مهارات الاعتماد على الذات في الأكل ، وفوضى الأكل ، والإفراط في

تناول الطعام ، والقلة في تناول الطعام ، والانتقائية ، بالإضافة إلى رفض الطعام ، وقد ترجع مشكلات الطعام لدى ذوي الإعاقة الفكرية إلى المشكلات الصحية الخطيرة التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية . وقد تصل نسبة مشكلات الطعام لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديد والشديد جداً إلى ٨٠٪ (Sisson &Van Hasselt ,1989) .

التبول اللاإرادي "سلس البول" Enuresis :

يعتبر التبول اللاإرادي أثناء النوم - دون وجود أسباب عضوية - من أهم المشكلات المتعلقة بالضبط الذاتي والتحكم الإرادي في مرحلة الطفولة ، وقد يحدث أثناء اليقظة في حالات قليلة خاصة في المواقف الضاغطة والمفزعة الشديدة . واستمرار هذه الاضطراب من شأنه أن يؤدي إلى مشكلات شخصية وانفعالية ، كما أنه يفسد العلاقة بين الوالدين والطفل (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ب ، ٣١٧ : ٣١٨) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات في التبول اللاإرادي ، فكشف نتائج دراسة Gothelf , et al . (2008) أن حوالي ١١,٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية تعاني من سلس البول .

وكشفت نتائج دراسة Harvey , et al . (2003) أن نسبة التبول اللاإرادي أثناء النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية هي ٤٠٪ ، وتنتشر بنسبة ١٥٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ، وبنسبة ٢٣٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة ، وبنسبة ٦٦٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ، وبنسبة ٧٧٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً .

سلس البراز Encopresis :

يشير مصطلح سلس البراز إلى عملية الخروج اللاإرادي للبراز خارج الجسم ، وقد تحدث هذه المشكلة نتيجة لمشكلة صحية ، وقد تحدث لأسباب نفسية ، ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلة سلس البراز ، فحوالي ٥,٧٪ منهم يعانون من سلس البراز .(Gothelf , et al . , 2008) .

الاتزان الانفعالي :

يتصف ذوي الإعاقة الفكرية بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء ، كما يتسمون بسرعة التأثر أحياناً ، وبطء الانفعال أحيانا أخرى ، كما أن لدى البعض

منهم قابلية للاستهواء وسهولة الانقياد ، وبذلك يسهل إغواؤهم ، واستخدامهم في بعض الأغراض الخارجة عن القانون (السيد عبد النبي ، ٢٠٠٤ ، ٥١-٥٢) .

التوافق النفسي Psychosocial Adjustment :

يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في التوافق النفسي قد يرجع لشعورهم بالدونية والإحباط ، وذلك لقصورهم عن أقرانهم العاديين ، فهناك العديد من العوامل النفسية التي تعوق توافقهم النفسي (Mueller & Prout , 2009) .

التوافق الاجتماعي Social Adjustment :

يعرف التوافق الاجتماعي بأنه قدرة الأفراد بأن يجدوا مكانا في بيئاتهم الاجتماعية والمادية بما يتفق مع عمرهم وثقافتهم ، ويعكس التوافق الاجتماعي وجود الأطفال جنباً إلى جنب مع أقرانهم ، وقدرتهم على تحقيق الأهداف الشخصية ، والقدرة على الحفاظ على العلاقات الإيجابية في المواقف المختلفة ، وفي الأوقات المختلفة (Lovelend Rubin , 1995; Greshman & Elliott , 1990 & Kelley , 1988)

ويمكن التعرف على التوافق الاجتماعي في ضوء محدداته ، وهي الانفعالية ، والاجتماعية والنشاط ، والخجل ، ومشكلات الانتباه ، والانسحاب الاجتماعي (Bargagna , et al . ,2002) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في التوافقي الاجتماعي مقارنة بأقرانهم العاديين ، وقد يكون متسقاً مع القصور في مهارات السلوك التوافقي ، حيث يعتبر القصور في السلوك من محددات تحديد ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصل وحيد حافظ (٢٠٠١ ، ٣٨) إلى أن التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية لديهم قصور واضح في القدرة على التوافق الاجتماعي ، فهؤلاء التلاميذ يتصفون بأنهم أقل قدرة على التعرف على غيرهم في المواقف الاجتماعية .

ويعد التوافق الاجتماعي من المتغيرات المهمة بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية ، حيث ربطت الدراسات والبحوث بين التوافق الاجتماعي والتوافق المهني . فتوصلت نتائج دراسة Greenspan , et al . (1981) إلى أن التوافق الاجتماعي عاملاً مهماً في النجاح في العمل لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، فكان التوافق المهني أفضل لدى ذوي

الإعاقة الفكرية والتوافق الاجتماعي المرتفع من أقرنهم ذوي الإعاقة الفكرية وانخفاض التوافق الاجتماعي .

توصلت نتائج دراسة Bargagna , et al . (2002) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية ذوي متلازمة داون وذوي متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش يعانون من قصور في التوافق الاجتماعي . وأشارت الدراسة إلى أن ذوي متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش لديهم صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم ذوي متلازمة داون وذلك لأنهم يتصفون بالنشاط الزائد ، والانسحاب الاجتماعي ، ومشكلات في الانتباه ، وانخفاض الوظيفية الاجتماعية ، وارتفاع المستوى الانفعالي ، وكل هذه العوامل تمثل أعراض سلبية للتوافق الاجتماعي . وسجل ذوي متلازمة داون مستويات عالية في الاجتماعية ، كما أنهم أقل في الاضطرابات السلوكية ، وهم أفضل في القدرات التكيفية ، وربما يرجع جزء من ذلك إلى البناء الوراثي ، أو أن التوافق الاجتماعي لدى ذوي متلازمة داون يرجع إلى تفاعلهم مع البيئة .

التوافق المهني Vocational Adjustment :

توصل وحيد حافظ (٢٠٠١ ، ٣٨) إلى أن التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية لديهم قصور واضح في القدرة على المواءمة المهنية ، فهؤلاء لا يتحملون مسئولية عمل ما ، ويمكنهم النجاح في تكيفهم المهني إذا ما تم تدريبهم وتشغيلهم في الأماكن المناسبة والملائمة لقدراتهم وإمكاناتهم المحدودة .

ويرى كلاً من Heward and Orlanksy(1992) أن الكثير من ذوي الإعاقة الفكرية يعملون في أعمال يدوية غير ماهرة أو شبه ماهرة ، وقد ينتظمون في العمل وفي الحصول على المرتب ، لكنهم لا يحسنون التصرف في أموالهم ، وتنقصهم المهارات الاجتماعية في رعاية الأسرة والترويح عن النفس ، وتحمل المسؤلية الاجتماعية (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٤٥) .

مشكلات النوم Sleep Behaviors :

هناك ندرة في الدراسات التي تناولت مشكلات النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وبصفة عامة مشكلات النوم أكثر تكراراً لدى ذوي الإعاقة الفكرية عن

العاديين . وتتنوع مشكلات النوم غير أن هناك مشكلات أكثر عمومية لدى ذوي الإعاقة الفكرية مثل الاستيقاظ أثناء النوم ، والاستيقاظ المبكر ، وقصر مدة النوم .

وتوصلت نتائج دراسة Johnson (1996) إلى أن مشكلات النوم تنتشر بنسبة ٣٤٪ إلى ٨٠٪ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، وهم يعانون من مشكلات النوم أكثر من العاديين .

وتنتشر مشكلات النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وتختلف نسبة انتشار هذه المشكلات باختلاف فئات الإعاقة الفكرية ، وأيضا مشكلات النوم قد تأخذ صوراً متعددة بين فئات الإعاقة الفكرية ، فقد تنتشر مشكلات النوم المتعددة بنسبة ١٩٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ، وبنسبة ٣٠٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة ، وبنسبة ٣٨٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ، وبنسبة ٥٣٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً . وتنتشر مشكلات الاستيقاظ المبكر لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ٢٤٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة ٣٢٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ٤٥٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً ٤٩٪ ، وتنتشر صعوبة النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بنسبة ٣٩٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة بنسبة ٤٥٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ٤٧٪ ، ولدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً ٤٩٪ . وتنتشر مشكلات الاستيقاظ أثناء النوم بنسبة ٦٤٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية بصفة عامة ، وبنسبة ٦١٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ، وبنسبة ٦٩٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة ، وبنسبة ٧٠٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ، وبنسبة ٥٣٪ لدى ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً . وبصفة عامة ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة أقل معاناة من مشكلات النوم من فئات الإعاقة الفكرية الأخرى (Harvey , et al ., 2003) .

وأرجعت بعض الدراسات مشكلات النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية لمستوى الإعاقة الفكرية ، حيث تكون مشكلات النوم أكثر حدة كلما كان مستوى الإعاقة الفكرية أشد ، وعلى النقيض بعض الدراسات أرجعت مشكلات النوم إلى اضطرابات التواصل التي يعاني منها ذوى الإعاقة الفكرية ، وفريق آخر من الباحثين أرجع

مشكلات النوم لدى ذوي الإعاقة الفكرية إلى مشكلات عصبية " نيرولوجية[1] " (Ghanizadeh & Faghih ,2011) .

الانتحار Suicide :

يحتل الانتحار اليوم المرتبة الحادية عشرة لأسباب الوفاة الرئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية ، وأنه ينتشر بنسبة ١١٪ لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص ، وأن حوالي ثلث السكان قد مرت بهم أفكار انتحار في وقت ما من حياتهم ، وبالرغم من هذه البيانات عن الانتحار إلا أن الدراسات التي تناولت السلوك الانتحاري لدى ذوي الإعاقة الفكرية قليلة . وأن الدراسات التي تمت في الفترة من ١٩٩٥ : ١٩٩٩ أشارت إلى أن بعض ذوي الإعاقة الفكرية يقدمون على السلوك الانتحاري ، وذوي الإعاقة الفكرية البسيطة أكثر عرضة للسلوك الانتحاري من فئات الإعاقة الفكرية الأخرى المتوسطة والشديدة والحادة ، والنساء ذوات الإعاقة الفكرية أكثر في محاولة الانتحار ولكن أقل في الانتحار الفعلي ، والرجال أقل محاولة للانتحار ولكن أكثر انتحاراً ، وترجع فكرة الانتحار لدى ذوي الإعاقة الفكرية لعوامل كثيرة منها الإساءة الجنسية ، والضغوط ، وعدم الاستقرار الأسري ، ونقص المساندة الاجتماعية ، وذكرت دراسة أخرى أن عوامل الانتحار لدى ذوي الإعاقة الفكرية ترجع إلى التاريخ المرضي لذوي الإعاقة الفكرية وبقائهم في المستشفي لفترة طويلة وربما يتعلم ذوي الإعاقة الفكرية السلوك الانتحاري من خلال إقامتهم في المستشفيات ، وترجع أيضاً للصعوبات الجسمية . والسلوك الانتحاري ينتشر بين الأطفال والمراهقين ، وقد يبلغ نسبة ٢٠٪ أو ٢١٪ بينهم (Merrick , et al . ,2006) .

وتعد مشكلات الانتحار من المشكلات التي تنتشر بين حالات الإعاقة الفكرية ، فحوالي ٩,١٪ من حالات الإعاقة الفكرية تراودهم فكرة الانتحار Suicide ideation ، وأن حوالي ٣,٤٪ من حالات الإعاقة الفكرية يحاولون الانتحار Suicide Attempt (Gothelf , et al . , 2008). .

وأن هناك مداخل علاجية متعددة لعلاج السلوك الانتحاري لدى ذوي الإعاقة الفكرية ومن هذه الأساليب العلاج الطبي ، والعلاج المعرفي ، والمداخل السلوكية

(1) Neurological

السيكودينامية ، والتدخل لعلاج الانتحار ينبغي أن يركز على العوامل المؤدية إلى الانتحار ، فلو كان الشخص مضغوطا جداً ينبغي التركيز لخفض هذه الضغوط ، ولو كان الشخص يعاني من العزلة ينبغي أن يركز التدخل لزيادة المساندة الاجتماعية ، وأن أي عميل انتحاري ينبغي وضع خطة لعلاجه يلتزم بها كل المعنيين (Merrick , et al . ,2006) .

الأمراض السيكوسوماتية Psychosomatic :

تعرف الأمراض السيكوسوماتية "النفسجسمية" بأنها اضطرابات موضوعية ذات أساس وأصل نفسي تسببها الاضطرابات الانفعالية الشديدة وتصيب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٨٤ ، ٢٤٤) .

ويعرف بأنه اضطراب جسمي ذو جذور نفسية ، يحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في كيمياء الجسم نتيجة ضغوط نفسية حادة أو مستمرة . ويظهر على شكل ردود أفعال جسمية .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Maite and José Ignacio (2007) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من الأمراض السيكوسوماتية . وتنتشر هذه الأمراض بنسبة ٤,٦٪ بين حالات الإعاقة الفكرية .(Gothelf , et al . , 2008)

السلوك الجنسي Sexual Behavior :

يواجه موضوع الحياة الجنسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية جدلاً من وجهة النظر الاجتماعية . فغالباً ما تواجه محاولات الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية لتأكيد احتياجاتهم أو رغباتهم الجنسية أو التعبير عنها بردود فعل عقابية من جانب المجتمع أو المنع من قبل مقدمي الرعاية لهم (Cantor , et al . , 2005; Barron , et al . ,2002) .

وليس هذا غريباً لأن ذوي الإعاقة الفكرية يوجهون تحديات إضافية فيما يتعلق بالقضايا الجنسية والعلاقات الجنسية الحميمة (Meuser , et al . ,1987) .

وذلك مثل مشكلات التعلم ومشكلة القصور في الاحتفاظ بالمعلومات حول التفاعلات الاجتماعية والعلاقات الشخصية . أو أن امتلاكهم للمعرفة المناسبة للحياة الجنسية قد تكون أقل من المطلوبة للعلاقات الحميمة أو السلوكيات الجنسية (Talbot & Langdon , 2006)

وإن كان التراث لم يدعم تلك الفرضيات بشكل كبير ، فبعض الباحثين يرى أن ذلك القصور ناتج من التحديات التي تواجه ذوي الإعاقة الفكرية . فقد يكون السلوك الجنسي غير المشروع محاولات خام لتجربة التفاعل أو العلاقات الجنسية (Cantor , et al . ,2005) .

وبالرغم من ذلك هناك مخالفات جنسية منتشرة بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، وأن هذه المخالفات مرتبطة بانخفاض مستوى الذكاء لديهم . وتشمل هذه المخالفات ما يتعلق بالسلوك الجنسي الاجتماعي ، والاتجاه أو التفكير في الأنماط الجنسية ، والاهتمامات الجنسية . وتشير الدراسات والبحوث أن الاعتداء الجنسي منتشر ضمن ذوي الإعاقة الفكرية أكثر من العاديين ، ويرجع ذلك للنقص في المهارات الاجتماعية التي تمكنهم من التواصل الجيد مع الآخرين .

وفي السنوات العشرين الماضية كُتبت العديد من المقالات في مختلف الحياة الجنسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية . وتم في هذه المقالات مناقشة المشكلات العملية والرغبات الجنسية والرعاية التي ينبغي أن تقدم لهم ، والطرق المختلفة التي يمكن من خلالها معالجة تلك المشكلات من قبل المهنيين ؛ الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين ، ومقدمي الرعاية . وأكدت هذه المقالات على حق ذوي الإعاقة الفكرية في المشاركة في الأنشطة الجنسية . وأن ذلك يعتبر من الأمور المسلم بها .

تأكيد الذات Self Assertiveness :

يمتد مفهوم تأكيد الذات ليشمل مجموعة المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية المتعلمة والمتضمنة في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية ، وبدء التفاعل ، والاستمرار فيه ، والقدرة على مدح الآخرين وتقبل المدح منهم ، والدفاع عن الحقوق ، وعدم انتهاك حقوق الآخرين ، والتعبير عن الآراء المختلفة ، وتقبل طلب الآخرين لتغيير سلوك الفرد ، ورفض المطالب غير المعقولة وذلك بطريقة ملائمة اجتماعيا في ضوء المعايير الثقافية السائدة (رجب محمد ، ٢٠٠٣ ، ١٥٧) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في مهارات تأكيد الذات مقارنة بأقرانهم العاديين . وقد يعوق هذا القصور توافقهم وتفاعلهم داخل المجتمع (Lumley , 2001 Maroesjka , et al . ,2009).

وجهة الضبط Locus of Control :

تعرف وجهة الضبط بأنها سمة من سمات الشخصية المهمة لدى الفرد ، وتقع على متصل يمثل أحد طرفيه وجهة الضبط الداخلي بخصائصه الإيجابية ، بينما يشير الطرف الآخر إلى وجهة الضبط الخارجي بخصائصه السلبية (ربيع شعبان ، ومحسن محمد ، ٢٠٠١ ، ١٦٦ - ١٢٠) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في تطوير وجهة الضبط الداخلية ، فهم أقل في وجهة الضبط الداخلي مقارنة بالعاديين . وتوصلت نتائج بعض الدراسات إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعملون في وظائف فعلية أكثر في مستوى وجهة الضبط الداخلي من الذين يعملون في الورش المحمية ، كما لا توجد فروق بين الذين يقيمون في شقق خاصة والذين يقيمون في منازل جماعية في وجهة الضبط ، ولا توجد فروق بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة في وجهة الضبط ، ولا توجد فروق في وجهة الضبط تبعاً لمتغير الجنس (Karrie , et al . , 2010; Michael , 2003) .

جودة الحياة Quality of life :

يُعد مفهوم جودة الحياة على درجة بالغة التعقيد ، فهو يضم بين جنباته أبعاد عدة : الحالة الصحية ، القدرة على أداء الأنشطة اليومية ، العمل ، إمكانية الحصول على الفرص الترويحية ، والعلاقات مع الآخرين (Carr , 2004 , 38) ، والانهماك الشخصي ، والترف ، والخبرات الحسية الممتعة ، والامتيازات ، والحصول على الفرص التعليمية الجامعية ، والقدرة على الاختيار ، والمسئولية الاجتماعية ، والاتصال الفعال ، والأخذ والعطاء (Seed & Lloyed , 1997) .

وتم تقييم جودة الحياة لدى ذوي الإعاقة الفكرية وتوصلت نتائج دراسة Bonnie , et al .(2003) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية أقل من أقرنهم العاديين في جودة الحياة ، وأن ذوي الإعاقة الفكرية العاملين في وظائف أفضل في جودة الحياة من غير العاملين ، وارتبطت جودة الحياة بالوظيفية التكيفية .

وكشفت دراسة أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من قصور في جودة الحياة تتمثل في القصور في الرضا عن الحياة الشخصية والكفاءة والإنتاجية ، والتمكين

والاستقلال ، والاهتمامات الاجتماعية ، والتكامل الاجتماعي Schalock & Keith , (1993) .

الوعي بالجسم Body awareness :

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات في الوعي بالجسم ، فكشفت نتائج دراسة كلاً من Simons and Dedroog (2010) إلى عدم وجود فروق جوهرية بين عينة من ذوي الإعاقة الفكرية وذوي متلازمة داون Down syndrome ، وعينة من العاديين في الوعي بالجسم Body awareness .

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج البحوث والدراسات الأخرى التي أشارت إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من قصور في الوعي بالجسم مقارنة بأقرانهم العاديين .

تعبيرات الوجه الانفعالية Emotional facial expressions :

تلعب تعبيرات الوجه الانفعالية دوراً رئيساً في النمو ، كما أنها وسيلة للاتصال قبل الشفوي للأطفال الرضع ومقدمي الرعاية لهم (Spangler , et al .2001) .

وتعرف بأنها القدرة على فهم أو ترجمة أو تفسير تعبيرات وجوه الآخرين الانفعالية (أحمد أبو زيد ، وجابر عبد الله ، ٢٠١٣) .

وقد يؤدي العجز في إدراك أو تفسير تعبيرات الوجه الانفعالية إلى القصور في التواصل الشخصي ، والذي يترتب عليه صعوبات في التوافق الاجتماعي ، ومشكلات في العمل (Hofer , et al . ,2009) .

وكشفت نتائج بعض الدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من انخفاض القدرة على إدراك تعبيرات الوجه الانفعالية مقارنة بالعاديين في نفس عمرهم (Stewart & Singh ,1995 ; Rojahn , et al .1995) .

وأشارت الدراسات إلى أن الأطفال والبالغين من متلازمة داون يعانون من نقص القدرة على إدراك ، ومعالجة تعبيرات الوجه الانفعالية ، وخاصة الغضب والمفاجأة والخوف (Porter et al .2007; Wishart , 2007) .

وتوصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من مشكلات في التعبيرات الانفعالية الأساسية والتي تتمثل في : السعادة ، والحزن ، والغضب ، والخوف ، والمفاجأة ، والاشمئزاز Rojahn , et al .1995 . Hetzroni &) Oren , 2002;)

تقدير الذات Self Evaluation :

لاحظ العاملون في ميدان الإعاقة الفكرية أن سلوك ذوي الإعاقة الفكرية غالباً ما يتميز بالتردد والتكرار ، وأنه من الصعب أن نحصل على استجابة منه إلا بعد أن نشعره بالأمن والطمأنينة ، وقد نضطر في كثير من الأحيان عند القيام بعمليات التشخيص إلى استدعاء الحالة عدة مرات حتى نستطيع أن نحصل منها على الاستجابات المناسبة التي تُيسر لنا التشخيص ، وفي أثناء مقابلاتنا مع الطفل قد نشعر بأنه لا يهتم بالتفكير فيما نسأله من أسئلة ، أو قد يُجيب بالنفي مريحاً نفسه من عناء التفكير ، وقد يكرر الاستجابات التي سبق أن أعطاها لنا ، وقد يتردد كثيراً قبل أن يستجيب لأي موقف مهما سهلت الإجابة ، وتعكس هذه الأنماط السلوكية عدم شعور الطفل بالأمن والكفاءة ، وكلاهما يؤدي إلى عدم تقديره لذاته ، فيشعر ذوي الإعاقة الفكرية بأنهم غير كفء لأداء ما يطلب منهم من أعمال يطلبها منه الآخرون ، ولهذا يشعرون بأنهم عديمي القيمة ، ولا وزن لهم (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٧٠ - ٧١) .

إيذاء الذات Self Injures :

وتباينت نتائج الدراسات والبحوث في تحديد نسبة سلوك إيذاء الذات ، إلا أن معظم الدراسات والبحوث أكدت أن سلوك إيذاء الذات ينتشر بين ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة كبيرة ، فتوصلت دراسة Salovita (2000) إلى أن سلوك إيذاء الذات ينتشر بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة Mild بنسبة ١٨,٨٪ ، وبين ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate بنسبة ٣٠,٦٪ ، وبين ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة Severe بنسبة ٣٥٪ ، وبين ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound ٥٣,١٪ . وترتفع هذه النسب في بعض الدراسات والبحوث الأخرى .

وتوصل Kahng , et al . (2002) إلى تحديد أهم أشكال سلوك إيذاء الذات التي تنتشر بين ذوي الإعاقة الفكرية وهي : ضرب الرأس ، والعض ، وإيذاء الجسم ، الخدش ، وافتعال التقيؤ ، وشد الشعر ، وعصر العين ، والقرص ، وطحن الأسنان ، وأكل الأشياء الضارة . وينتشر سلوك إيذاء الذات بين الذكور والإناث حيث

لا توجد فروق بينهم ، ويكون أكثر انتشاراً في مرحلة الطفولة المتأخرة ، ومرحلة المراهقة .

ويعتبر التدريب على التواصل الوظيفي من الأساليب الفعالة في خفض سلوك إيذاء الذات لدى ذوي الإعاقة الفكرية . فقد توصلت نتائج دراسة Bird , et al . (1989) إلى فاعلية التدريب على التواصل الوظيفي في خفض سلوك إيذاء الذات الحاد لدى رجلين معاقين فكرياً بدرجة شديدة جداً .

التنمر Bullying :

يستخدم مصطلح Bullying في إنجلترا ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية ، وقد يكون استخدام مصطلح Harassment أكثر عمومية ، وفي كلتا الحالتين المصطلحان يصفان نمطاً أو نوعاً من السلوك العنيف (Rigby ,1996) .

وتشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن المتنمرين يبدون سلوكاً عدوانياً تجاه أقرانهم بالإضافة لمعلميهم ، وآبائهم ، وأشقائهم ، والآخرين . ولديهم اتجاهات إيجابية تجاه العنف ، وينجذبون للمواقف ذات المحتوى العدواني (Olweus , 1887 , 1991 , 1993) .

ويعد التنمر سلوك شائع ومعياري في المدارس ، وقد ينتشر التنمر لدى الأولاد أكثر من البنات ، حيث أشارت نتائج الدراسات إلى أن نسبة الذكور المتنمرين ٢٣٪ ، بينما نسبة البنات المتنمرات ٨٪ من طلاب المدارس . وقرر الأولاد والبنات أنهم كانوا ضحايا للتنمر من الآخرين بنفس القدر . وفي النرويج توصل Olweus (1993) إلى أن هناك نسبة ١ إلى ٧ من طلاب المدارس الابتدائية والثانوية قد يكونوا متنمرين أو تعرضوا للتنمر من الآخرين ، وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن ٩٪ من الطلاب كانوا ضحايا أو تعرضوا للتنمر من قبل الآخرين ، وأن حوالي ٧٪ منهم متنمرين ، وحوالي ١,٦٪ من الطلاب يجمعون بين التنمر والضحية .

وقد يرتفع سلوك التنمر أو الضحية في الولايات المتحدة الأمريكية ، وأسكتلندا ، وإسرائيل ، واليابان ، وايرلندا ، وأسبانيا ، وفرنسا ، وإيطاليا ، وهولندا ، والبرتغال ، وألمانيا ، وبولندا ، وأستراليا ، وبلجيكا ، وسويسرا (Smith & Morita , 1999) .

ويتضح مما سبق أن مصطلح Bullying أو مصطلح Harassment قد يتطلب مصطلحا آخر هو الضحية Victim ، فمصطلح التنمر يشير إلى تخويف أو مضايقة شخص أخر ، ومصطلح الضحية هنا هو من تعرض للتخويف أو للمضايقة ، فالتنمر هو من قام بالفعل ، والضحية هو من وقع عليه الفعل .

وقد تختلف خصائص المتنمرين عن خصائص الضحايا ، فالمتنمرين غالباً ما يكونون أطول وأشجع من الضحايا ، فهم يتصفون بالقوة ، وقد يكونوا كثيري الجدل عندما يلعبون أو يندمجون في أنشطة رياضية ، وهم في حاجة لتأكيد ذواتهم وليكونوا مهيمنين ، وعلى النقيض كشفت نتائج بعض الدراسات إلى أن المتنمرين قد يكونوا أضعف بدنياً في الفصل الدراسي ، وبينما يتصف الضحايا بأنهم قد يشعرون بالفشل والعار ، وأنهم أقل ذكاءً وجاذبية ، ويفضلون العزلة الاجتماعية ، ولديهم عدد محدود من الأصدقاء ، فهم منغلقين . وقد تكون علاقاتهم بآبائهم ومعلميهم أفضل من علاقتهم بأقرانهم (Olweus , 1987 , 1991 , 1993) .

ويقوم الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية بسلوك التنمر ، حيث تشير نتائج الدراسات إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يقومون بسلوك التنمر أكثر من أقرانهم العاديين ، وقد يكون عددا كبيرا من ذوي الاحتياجات ضحايا لأعمال التنمر ، حيث بلغت نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تعرضوا للتنمر حوالي ١٢٪ مقابل ٧٪ من العاديين تعرضوا للتنمر . ويتعرض للتنمر ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين والمحلقين بفصول محلقة أكثر من أقرانهم في مدراس التربية الخاصة ، وأكثر من أقرانهم العاديين (McGrath , et Morrison , et al .1994; Martlew and Hodson ,1991 al . ,2010;

ويمكن تفسير ذلك في ضوء عدد من العوامل ، والعامل الأول : قد يولد ذوي الاحتياجات الخاصة ولديهم وصمة عار مرتبطة بإعاقاتهم ، قد تجعلهم مستهدفين للتنمر باستمرار . والعامل الثاني قد يكون عدم توافر الحماية الكافية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئات الدمج . والعامل الثالث : قد يكون التفاعل العدواني لذوي الاحتياجات الخاصة قد جعلهم متنمرين وضحايا في نفس الوقت (Nabusoka & McGrath , et al . ,2010; Smith , 1993)

وقارنت دراسة كلاً من Reiter and Lapidot-Lefler (2007) بين ثلاثة مجموعات ، المجموعة الأولى المتنمرين ذوي الإعاقة الفكرية ، والثانية أقرانهم الضحايا ذوي الإعاقة الفكرية ، ومجموعة ثالثة تكونت من أفراد متنمرين وضحايا من ذوي الإعاقة الفكرية في نفس الوقت ، والعينة كانت في المرحلة العمرية من ١٢ - ٢١ سنة ، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الثلاثة مجموعات في المهارات الاجتماعية . وسجلت المجموعة الأولى المتنمرين والمجموعة الثالثة المتنمرين والضحايا في نفس الوقت درجات أعلى في سلوك التحدي مثل نوبات الغضب ، وسلوك المشاكسة والجموح ، كما أنهم أكثر ميلاً للسرقة والكذب . وكانت تعاني مجموعة الضحايا من مشكلات انفعالية وشخصية أكثر من أقرانهم في المجموعات الأخرى .

سلوكيات اضطراب التوحد :

يتصف بعض ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ببعض أعراض وملامح اضطراب التوحد مثل السلوك النمطي ، وكشفت بعض الدراسات مؤخراً إلى أن حوالي ١٥٪ - ٢٠٪ من ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب التوحد الكاملة ، وحوالي ٧٪ من ذوي متلازمة داون تنطبق عليهم أيضاً معايير تشخيص اضطراب التوحد ، وخاصة مهارات الانتباه المشترك (De Bildt , Kent , et al . ,1999 . et al .2005;)

ثالثاً : الخصائص المعرفية :

تعتبر الخصائص المعرفية من أهم الخصائص التي تميز بين ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين ، وقد تختلف الخصائص المعرفية بين فئات ذوي الإعاقة الفكرية . فمثلاً يختلف ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة ، ويختلف ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم عن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب في الخصائص والقدرات المعرفية .

ويتميز الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بضعف الذاكرة وقصور المقدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات ، وقصور الفهم والاستيعاب وتدني المقدرة على التحصيل الدراسي وبطء التعلم والجمود والتصلب العقلي ، وتأخر النمو اللغوي ، وقصور اللغة اللفظية ، والقصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢١٣) .

ويتوقع من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية قصوراً في الانتباه ، والتعلم ، والذاكرة ، والتمييز ، وبعض العمليات الأخرى ، هذا بالرغم من عدم ظهور هذا القصور في كل أفراد المجموعة ، أو أنه يظهر بدرجات متفاوتة لدى مختلف الأفراد (Edward & David , 1982 ,123) .

ويمكن تنمية السلوك المعرفي لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث فحصت دراسة Su , et al . (2008) السلوك المعرفي والسلوك التكيفي لدى عينة من ذوي الإعاقة الفكرية العاطلين تكونت من ٥٥ فرداً ، وعينة من ذوي الإعاقة الفكرية غير العاطلين تكونت من ٥٦ فرداً ، وتوصلت الدراسة إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعملون كانوا أفضل في الانتباه والذاكرة والفهم اللفظي والإدراك البصري ، والسلوك التكيفي . وأكدت الدراسة أن السلوك التكيفي وبعض المفاهيم الخاصة بالوظيفة المعرفية منبئات بالنجاح الوظيفي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية .

ويتميز ذوي الإعاقة الفكرية بالعديد من الخصائص المعرفية والعقلية على النحو التالي :

قصور الانتباه :

يمثل الانتباه دوراً مهماً كعملية معرفية قبل إدراكية ، وهي المدخل الذي تتم فيه تحديد هوية المعلومات وتنقيتها قبل دخولها إلى عالم الذاكرة ، بحيث تسمح للمعلومات المطلوبة أن تمر ، وتمنع المعلومات غير المطلوبة ، بل وتجعل الفرد في حالة يقظة للتعامل مع الموقف ، ولا تقطع تواصله بالموقف ، كما تتميز بعض أنواعها بالقدرة على توزيع السعة الانتباهية لموضوعات مختلفة (منير جمال ، ٢٠٠٤ ، ٤١٥-٤١٧) .

ويزداد الانتباه عند العاديين في المدة والمدى مع زيادة أعمارهم الزمنية ، فانتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى عن انتباه المراهق المعاق فكرياً ، مما يجعله قادراً على الانتباه لأكثر من موضوع في آن واحد لمدة أطول ، أما انتباه المراهق المعاق فكرياً يكون مثل انتباه الطفل الصغير العادي الذي يتشتت انتباهه بسرعة (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢٨٠) .

ويكون الانتباه لدى الطفل المعاق فكرياً محدود في المدى والمدة ، فهو لا يستطيع الانتباه لأكثر من شيء واحد ولفترة زمنية قصيرة ، ويتشتت انتباهه بسرعة ، لأن

مثيرات الانتباه الداخلية لديه ضعيفة ، وهو بحاجة دائمة إلى ما يثير انتباهه من المثيرات الخارجية إلى ما يدور حوله ، ويشده إلى الموضوع الأساسي فلا ينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بالموضوع ، وهذه الصفة تؤدي إلى عدم قدرته على التعلم من الخبرات التي تمر به إلا إذا وجد من يُنبهه إليها حتى يدركها ويتعلم منها (عمر نصر الله ، ٢٠٠٢ ، ٦٦) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات في الانتباه تشمل مدى الانتباه وحدة الانتباه ، ولديهم ضعف في الانتباه للصفات والخصائص الفيزيائية التي تميز أحد المثيرات البصرية عن غيرها (السيد علي ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩ ، ٥٦) .

ويعزى القصور في الذاكرة العاملة وعمليات الانتباه لدى ذوي الإعاقة الفكرية للعديد من العوامل منها : صعوبة التركيز على المثير المناسب في الموقف التعليمي ، كما أن الانتباه لديهم يركز على الأشياء الخاطئة ، كما أنهم لا يظهرون استراتيجيات تعلم مناسبة مثل القيام بعملية التكرار الآلي ، وهم لا ينتبهون إلى المواقف أو المثيرات المحيطة بهم من تلقاء أنفسهم ، ولا يحاولون تذكر المعلومات وتكرارها ، كما أنهم يجدون صعوبة في توظيف ما لديهم من معلومات عندما يواجهون بمواقف جديدة (منير جمال ، والسيد الشربيني ، ٢٠٠٤ ، ١٨٩- ٢٧٣) .

قصور الإدراك :

يدرك الطفل بصفة عامة العالم المحيط به من خلال الحواس مثل النظر ، والسمع ، والإحساس ، والشم ، والتذوق ، وذلك عندما تبدأ هذه الحواس في العمل ، ويقصد بالإدراك تلك العملية التي يستطيع الفرد عن طريقها تفسير المثيرات الحسية ، حيث تقوم عمليات الإحساس بتسجيل المثيرات البيئية ، بينما تقوم عملية الإدراك بتفسير هذه المثيرات وصياغتها في صورة يمكن فهمها (وحيد حافظ ، ٢٠٠١ ، ٢٨) .

وتشير نتائج الأبحاث إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية تكون استجاباتهم قاصرة عن الأسوياء عندما يتعرضون لمؤثرات حسية على سطح الجلد ، ويكون القصور واضحاً في حالة تعدد المؤثرات ، كما وجد أن العمر العقلي يعتبر من العوامل المهمة في مثل هذه

التجارب ، أي أن هناك فروقاً في الأداء بين ذوي الإعاقة الفكرية والأسوياء في مجال الإدراك (فاروق صادق ،١٩٨٢ ، ٢٤١) .

ويعاني التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم من قصور في عمليات الإدراك لا سيما عمليتي التعرف والتميز بين المتشابهات والمختلفات ، فهؤلاء التلاميذ لا ينتبهون إلى خصائص الأشياء ، ولا يدركونها إدراكاً كاملاً ، وينسون خبراتهم السابقة مما يجعل إدراكهم لها غير دقيق أو يجعلهم يدركون جوانب غير أساسية (حمدي أبو الفتوح ، ١٩٨٧ ، ٢٤٤) .

وأجريت العديد من الدراسات للتعرف على الخصائص المعرفية والعقلية لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وأكدت هذه الدراسات أن الإدراك البصري لدى ذوي الإعاقة الفكرية يتصف بالقصور ، وينتشر هذا القصور ليشمل جميع أنواع الإدراك الأخرى ، وأن هذا القصور يعوق توجيهه للموضوعات والمواقف غير المألوفة . (Hamaguchi , 2001 , 172-173) .

الميل نحو تبسيط المعلومات :

يتصف هؤلاء الأطفال بقصور في قدرتهم على التفكير المجرد ، فهم لا يستطيعون استخدام المجردات في تفكيرهم ، ويلجئون دائماً لاستخدام المحسوسات ، ويميلون إلى تعريف الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة " الإدراك الشكلي أو الوظيفي " ، فإذا سُئل أحدهم عن البرتقالة فإن إجابته قد تكون : نأكلها ، أو مستديرة ، أو صفراء (عبد السلام عبد الغفار ، ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ ، ٧٥) .

قصور الذاكرة :

التذكر هو عملية استرجاع للمعلومات التي تعلمها الفرد والاحتفاظ بها ، والتذكر معناه النجاح في التمكن من عمليات ثلاث هي : الاكتساب ، والاحتفاظ ، والاسترجاع ، والطفل المعاق فكرياً عندما يفشل في تذكر شيء معناه أن إحدى هذه العمليات لم تتم (Hallahan & Kauffman ,1998 , 96) .

ويتسم المتعلمون ذوو الإعاقة الفكرية البسيطة بقصور في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى . ويضعف احتمال استخدام الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

أساليب التكرار التلقائي ، ولكن عندما يتم تدريبهم على استراتيجيات التكرار ، فإن الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى يحدث لهما تحسن (Martin , et al . 1999 , 54) .

ويظهر الفرق بين ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين في التذكر ، فالعاديون يتعلمون ويحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحاسبة أسرع من ذوي الإعاقة الفكرية ، وينقلون الكثير منها إلى الذاكرة قصيرة المدى أو بعيدة المدى ، فلا ينسونها لمدة طويلة ولا يحتاجون إلى إعادة تعلمها من جديد ، أما ذوي الإعاقة الفكرية فإنهم يعانون جميعاً من قصور في الذاكرة قصيرة المدى والبعيدة لأنهم غالباً لا يحتفظون في ذاكرتهم إلا بمعلومات وخبرات قليلة وبسيطة بعد جهد كبير في تعلمها مما يجعلهم في حاجة مستمرة لإعادة ما تعلموه من جديد (كمال مرسى ، ١٩٩٩ ، ٢٨١ - ٢٨٢) .

ويظهر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بشكل عام مستوى من القصور الكمي والكيفي في عمليات الذاكرة العاملة ، وخاصة مكون الضبط التنفيذي المركزي ، وهذا يفسر فشلهم في القيام بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة في الذاكرة ولا يتم إلا بعد جهد كبير ، فيتعلمون ببطء ، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة ، واضطراب الذاكرة العاملة القائم بحفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط ، ولا يقوم بنقلها إلى المستويات الأخرى إلا بتكرار وظيفتها الأولى حتى يتم التأكيد على حفظها لفترات طويلة (منير جمال ، والسيد الشربيني ، ٢٠٠٤ ، ١٨٩- ٢٧٣) .

فيعاني الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من قصور كمي وكيفي في عملية تجهيز المعلومات ، ويقومون بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير ، فيتعلمون ببطء ، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة ، ويعمل هذا المستوى من الذاكرة على حفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط ، ولا يقوم بنقلها إلى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظها لفترات طويلة ، ومن ثم فإنهم يعانون من قصور كبير في ذاكرتهم قصيرة الأمد ، ترجع في الغالب إلى قصور في أساليب التعلم والتكرار من جانبهم (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٨٢) .

قصور التفكير :

يعرف التفكير بأنه العملية التي يتم فيها جمع المعلومات والخبرات التي سبق تعلمها وإعادة تنظيمها لمواجهة المواقف الجديدة أو حل المشكلة الجديدة (السيد عبد النبي ، ٢٠٠٤ ، ٤٧) .

وتفكير ذوي الإعاقة الفكرية لا ينمو بمعدلات مماثلة ، بل بمعدلات منخفضة مما يجعلهم لا يتجاوزن المرحلة المادية المحسوسة أو الحياتية ، كما يسميها "بياجيه" ، وهو ما يعني أن الفرد المعاق فكرياً يعاني بذلك من قصور في التفكير ، حيث لا يكون تفكيره على مستوى المواقف أو الأحداث التي يمر بها ويواجهها ، كما يكون بسيطاً وسطحياً ، وينعكس في قدرته العقلية العامة التي تتسم بالقصور (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٨٣) .

فينمو تفكير الطفل المعاق فكرياً سنة بعد أخرى ، لكن بمعدلات قليلة بسبب قصور ذاكرته ، وضعف قدراته على اكتساب المفاهيم ، وضحالة حصيلته اللغوية ، ويظل تفكيرهم عند مستوى المحسوسات ، ولا يرتقي إلى مستوى المجردات ، فيكون تفكيرهم في المراهقة والرشد مثل تفكير الأطفال عينيا بسيطاً ، ويظل طوال الحياة تفكيراً سطحياً ساذجاً (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢٨٠ -٢٨١) .

قصور التعميم وانتقال أثر التعلم :

يعرف انتقال أثر التعلم بأنه استخدام المعلومات التي سبق أن تعلمها في مواقف جديدة ، فإذا عرف فرد مثلاً كيفية قيادة سيارة ذات ثلاث سرعات تتغير يدوياً فإنه لن يواجه صعوبة كبيرة في تعلم قيادة السيارة ذات أربع سرعات ، ولقد دل البحث على أن المعاق فكرياً يواجه صعوبة في نقل ما سبق أن تعلمه إلى مواقف جديدة (جيتس وآخرون ، ١٩٩٤ ، ٢٢) . ويرجع ذلك إلى الاحتمالات الآتية :

- قصور من جانبه في اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة .
- عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف .
- قصور في قدرته على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة .
- قصور في قدرته على التفكير في الحلول المناسبة للمشكلات والمواقف المختلفة .
- عدم قدرته على تذكر ما مر به من خبرات في المواقف المشابهة منذ فترة قريبة (عادل محمد ، ٢٠٠٤ ، ٨٣-٨٤) .

ويعزى ذلك إلى اعتماده في التعامل مع الأشياء على المفاهيم الحياتية أكثر من المفاهيم المجردة ، وذلك بسبب فشله في اكتشاف أو إدراك أوجه الشبه والاختلاف بين

الخبرات والمواقف الجديدة ، ومحدودية مقدرته على إدراك العلاقة بينها ، ومن ثم على تطبيق ما تعلمه فيها؛ وهو ما يتطلب إعطاء عناية خاصة لتنمية المفاهيم لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، والتأكد من القواعد العامة والخصائص المشتركة التي تحكم الأشياء أثناء المواقف التعليمية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٢٢٣) .

ويرى " هيود " أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من قصور في قدرتهم على التمييز ، وتعميم الاستراتيجيات المعطاة لهم في مواقف جديدة حتى تكون هذه المواقف مشابهة للمواقف الأصلية (السيد الشربيني ، ٢٠٠٨ ، ٣٨٦) .

فيصعب على المعاق فكرياً استخدام ما تعلمه في المواقف السابقة في تعلم لاحق - وهذه الخاصية مرتبطة بالقدرة على الاستدلال - ولذلك يستحسن تنويع الأنشطة التعليمية ، وتعدد أماكن التعلم ، فلا يقتصر تعليمه في الفصل فقط بل يمتد إلى أماكن متعددة في البيئة التي يعيش فيها الطفل ، واستخدام عناصرها في موقف التعلم (علا عبد الباقي ، ١٩٩٣ ، ٧١) .

نقص القدرة على التعلم العرضي :

يستطيع الطفل العادي اكتساب الكثير من المهارات عن طريق الملاحظة في المواقف المختلفة من خلال الحياة اليومية العادية ، وهذا ما يطلق عليه بالتعلم غير المقصود ، ولكن الطفل المعاق فكرياً يفتقد القدرة على الملاحظة التلقائية ولا يمكنه اكتساب أي مهارة دون تدريب (أمل معوض ، ٢٠٠٢ ، ١٨٥) .

ضعف القدرة على التخيل والتصور :

يصعب على الطفل المعاق فكرياً أن يتخيل الأماكن والأشياء واستخداماتها ، وهذا يتطلب أن نُجسد كل ما نريد تعليمه له ، وأن نستخدم في الموقف التعليمي أكثر من حاسة من حواس الطفل ، فيرى الشيء أو يلمسه أو يسمعه أو يشمه حسب كل موقف (علا عبد الباقي ،١٩٩٣ ، ٧٢) .

الوظائف التنفيذية Executive Functions :

تعرف الوظائف التنفيذية بأنها مصطلح واسع يتضمن مجموعة من العناصر ، وهذه العناصر تشمل كف السلوك ، وضبط وتأخير الاستجابة ، والانتباه الانتقائي ،

والذاكرة العاملة ، وتحديد الأهداف ، والتخطيط والتنظيم ، والقدرة على الاحتفاظ والتحويل (Baron , 2000).

وتعرف بأنها عمليات عقليا علية مسؤولة عن توجيه وتنظيم ومراقبة وضبط العمليات المعرفية والسلوكية والانفعالية ، وهي تقع في نطاق العمليات التي يقوم بها الفص الجبهي الأمامي في المخ . وتلعب الوظائف التنفيذية دوراً محورياً في جميع أنشطة الإنسان المختلفة ، وخاصة ما يتعلق بالجانب الأكاديمي والاجتماعي والوظيفي .

فيوجد اتفاق بين المختصين على أن الوظائف التنفيذية تلعب دوراً مهماً في تطوير القدرات النفسية والاجتماعية والمعرفية ، ويعتقد بعض الباحثين أن الوظائف التنفيذية عملية موحدة unitary process ، ويعتقد فريق آخر أنها نظام عمليات متعدد multiple-process related system , ، والبعض الآخر يرى أنها نظام فرعي غير متمايز بداية initially undifferentiated subsystem (Wasserman & Wasserman , . 2013) .

وتشمل الوظائف التنفذية مدى كبيرا من الوظائف منها : الكف ، والتحويل ، والتحكم الانفعالي ، والمبادأة ، والذاكرة العاملة ، والتخطيط التنظيم ، وتنظيم المواد ، والمراقبة .

ويمكن ملاحظة العجز في الوظائف التنفيذية في التواصل والتفاعل الاجتماعي ، واستكمال المهام المدرسية ، وعند القيام بالمهام والمشاريع ، وعند اللعب في جماعات (Fischer & Daley , 2007) .

كما توصلت نتائج البحوث والدراسات إلى أن العجز في الوظائف التنفيذية يعد ملمحا رئيسيا في الاضطرابات ، وأن كل اضطراب له بروفيل خاص من الوظائف التنفيذية ، كما اقترحت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى أن فهم الوظائف التنفيذية جيدا قد يكون مفيدا في إيجاد تشخيص فارق في الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال في المدرسة (Maricle & Avirett , 2012) .

ويعاني الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات وقصور في الوظائف التنفيذية ، فتوصلت نتائج دراسة (2016) . Amadó , et al إلى أن ذوي متلازمة داون يعانون من قصور في الوظائف التنفيذية والمعرفة الاجتماعية ، وبغض النظر عن ذلك يظهر ذوي متلازمة داون تحسنا في تلك القدرات مع التقدم في العمر وتطور اللغة .

وكانت الذاكرة العاملة تسهم بنسبة ٥٠٪ في المعرفة الاجتماعية لدى ذوي متلازمة داون . وتوصلت نتائج دراسة Schott and Holfelder (2015) إلى أن ذوي متلازمة داون يعانون من صعوبات في المهارات الحركية والوظائف التنفيذية ، ووجود علاقة موجبة بين المهارات الحركية والوظائف التنفيذية ، كما توصلت نتائج دراسة Pritchard , et al . (2015) إلى أن ذوي متلازمة داون والاضطرابات السلوكية العصبية يعانون من عجز وقصور في الوظائف التنفيذية في كل المجالات .

وأجرت عفاف الشيباني (٢٠١٧) في مدينة الرياض دراسة للتعرف على طبيعة الوظائف التنفيذية لدى المعاقين فكرياً مقارنة بالعاديين ، وتم التوصل إلى أن المعاقين فكرياً يعانون من قصور في الوظائف التنفيذية مقارنة بالعاديين .

رابعاً : الخصائص الاجتماعية :

يعد السلوك الاجتماعي من الخصائص التي تميز بين ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين . كما تختلف فئات الإعاقة الفكرية فيما بينها في السلوك الاجتماعي . ونعرض لأهم الخصائص الاجتماعية التي تصف ذوي الإعاقة الفكرية على النحو التالي :

القصور في المهارات الاجتماعية :

تشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن المهارات الاجتماعية تشمل المهارات الخاصة باتخاذ القرار مثل : البدء بالاتصال اللفظي ، والاحتفاظ بالتواصل ، والعمل الجماعي ، ومواجهة المواقف السلبية ، ومهارات الأكل في المطاعم ، والإفادة من المجتمع مثل : استخدام وسائل الموصلات ، والتعامل مع الصراف الآلي ، والقدرة على الاختيار ، والتعبير عن المشاعر ، مثل : التعبير عن الرغبات والحب والكره والرفض .

ويعتبر وجود المهارات الاجتماعية أمراً مهماً للبناء وللحفاظ على العلاقات الإيجابية ، وكذلك للحصول على تغذية راجعة إيجابية للسلوك الاجتماعي ، كما يعتبر اكتساب المهارات الاجتماعية أمراً مهماً للحصول على قبول الأقران ، وقد يتعلم الأفراد المهارات الاجتماعية من خلال النماذج التي يقوم بها الناس من حولهم ، وكذلك من خلال استخدام الاستراتيجيات المعرفية التي تمكنهم من الاستقلال في الحياة

الاجتماعية ، وقد لا يجد ذوي الإعاقة الفكرية الفرصة الكافية لتعلم السلوك الاجتماعي المقبول أو يجدون صعوبة في ملاحظة النماذج المقبولة اجتماعياً ، وقد يرجع السلوك غير المناسب الذي يصدر عن ذوي الإعاقة الفكرية عندما يتم وضعهم في فصول العاديين إلى السلوك غير المناسب ، وإلى عدم قدرتهم على تطوير المهارات الاجتماعية (Emecen , 2011) .

وتوصلت نتائج الدراسات والبحوث إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية لديهم عجز واضح في المهارات الاجتماعية (Lovett & Harris , 1987) .

ويكتسب الأطفال المهارات الاجتماعية ببطء أكثر من الأطفال العاديين؛ وعلى سبيل المثال : عندما يبدأ الطفل المعاق فكرياً ذو الخمسة أعوام اللعب فإنه يلعب بجوار الآخرين وليس معهم ، وليست لديه مهارة التفاهم مع الأطفال الآخرين أثناء اللعب والتي من خلالها يعبر عن رأيه . ولأن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لا يتصرفون مثل الأطفال العاديين في مثل سنهم فإن ذلك يؤدي أحياناً إلى تجنب الأطفال لهم وقد يمثل ذلك مشكلة ، وخاصة إذا كان لدى الطفل مشكلات سلوكية مثل : الحركة الزائدة والاندفاع والعدوانية والخجل الزائد والحركات غير الطبيعية . وبالقطع فإن تجنب الأطفال الآخرين للطفل المعاق فكرياً سوف يزيد من تعقيد الصعوبة التي يواجهها في تنمية مهاراته الاجتماعية ، حيث تقل فرصته في المشاركة الاجتماعية مع الأطفال الذين يسلكون بصورة طبيعية ، ومن ثم تقل فرصته في تعلم كيف يسلك بصورة ملائمة (Gioia , 1993 , 80 - 81) .

ويتصف ذوي الإعاقة الفكرية بالقصور في المهارات الاجتماعية ، والذي يرتبط بعدد من المتغيرات ، فقد يرتبط القصور بالمهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية بالعديد من المتغيرات منها درجة الإعاقة الفكرية ، وجود مشكلات سلوكية مثل إيذاء الذات أو السلوك النمطي ، وجود أعراض للأمراض النفسية . ومثال ذلك : كلما زاد شدة الإعاقة الفكرية كلما كان العجز في المهارات الاجتماعية أكثر ، فذوي الإعاقة الفكرية الشديدة والشديدة جداً أقل قدرة على تطوير المهارات الاجتماعية من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة أو المتوسطة . وقد تختلف المهارات الاجتماعية باختلاف المرحلة النمائية التي يمر بها ذوي الإعاقة الفكرية ، وقد تختلف أيضا باختلاف المرحلة

النمائية في طريقة التعبير عنها . فهناك متغيرات كثيرة ترتبط بالقصور في المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية (Jewell , et al . , 2009 ,39-40) .

الصداقة Friendship :

أكدت نتائج البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من قصور في تكوين الأصدقاء أو الاحتفاظ بهم . فلديهم أصدقاء قليلون ، وقد يعانون من الوحدة أو العزلة بين أقرانهم العاديين ، وتتميز صداقتهم بالصراع وعدم الاستقرار ، ونادراً ما يخططون لمقابلة أصدقائهم خارج المدرسة ، وحوالي ١١٪ من ذوي الوظائف منهم لديهم أصدقاء في العمل ، وصداقاتهم أكثر سطحية ، ولديهم معرفة محدودة عن حياة أصدقائهم . وكشفت دراسة أخرى أن حوالي ربع أو ثلث ذوي الإعاقة الفكرية المراهقين لديهم أصدقاء خارج المنزل ، والبعض منهم يجد صعوبة في تكوين الأصدقاء ، ويميل ذوي الإعاقة الفكرية إلى تكوين أصدقاء من داخل المنزل ، فهم قد يتجهون إلى الناس من داخل الأسرة للحصول على مساندة انفعالية منهم . ومعظم أصدقاء ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي الإعاقة الفكرية أيضاً ، والبعض منهم يُقيمون صداقات مغلقة تتضمن تقاسم الاهتمامات ، وتقديم الدعم المتبادل لبعضهم البعض ، ومساعدة بعضهم لبعض (Wiltz , 2005; Gardner & Carran , 2005) .

ويرتبط القصور في الصداقة لدى ذوي الإعاقة الفكرية بالقصور في مهارات التواصل ، والاكتئاب والوحدة النفسية ، والصعوبات النمائية التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية ؛ فالصعوبات النمائية قد تعوق تكوين الأصدقاء لدى ذوي الإعاقة الفكرية . وأكدت نتائج معظم البحوث والدراسات أن الصداقة ترتبط إيجابياً بكل من الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والمساعدة ، وترتبط سلبياً بالعدوان ، لذلك يؤكد الباحثون أن الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والمساعدة عناصر مكونة للصداقة Zetlin (Wiltz , 2005; Heiman ,2000; & Murtaugh ,1988) .

ويشير كلاً من Hallahan and Kauffman , (1994 ,70-71) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية يواجهون مشكلة في تكوين صداقات بالإضافة إلى انخفاض مفهوم الذات لديهم ، ويرجع ذلك لسببين رئيسين أولهما : أن الكثير منهم لا يعرفون كيف يبدأون

التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، وهذا الاختلاف يبدو واضحاً في المراحل المبكرة من العمر ، كما في مرحلة ما قبل المدرسة . والسبب الثاني : أنه حتى في حالة عدم محاولتهم التفاعل مع الآخرين فإنهم يظهرون سلوكيات قد تؤدي إلى انصراف الأقران عنهم ، وعلى سبيل المثال : مشكلات الإهمال الزائد والسلوك الفوضوي بشكل يفوق زملائهم العاديين .

وتعمل الصداقة على تحسين نوعية الحياة لدى الكبار ولدى طلاب المدارس ومرضى "الشيزوفرينيا" ، والأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . وعموماً عندما يمتلك الأفراد علاقات ايجابية مع الأقران فإن نوعية الحياة لديهم سوف تتحسن . وبمعنى آخر عندما تكون العلاقات مع الأقران متوترة فقد تكون هناك آثار سلبية على حياة الشخص . وقد كشفت نتائج الدراسات والبحوث عن وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة والمساندة من شبكة العلاقات الاجتماعية بما فيها الأصدقاء لدى ذوي الإعاقة الفكرية . ويمكن ترسيخ الصداقة لدى ذوي الإعاقة الفكرية داخل المدرسة في نظام الدمج وفي أنشطة الترفيه ، وفي أسرهم (Silverstein & Parker , 2002; Lunsky & Benson , 2001 ; Wiltz , 2003) .

العزلة Isolates :

يتصف حوالي ثلثي ذوي الإعاقة الفكرية بأنهم معزولون ، في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين العاديين تبلغ نصف ما بلغته بين ذوي الإعاقة الفكرية (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٧٠) .

الكفاءة الاجتماعية Social Competence :

تعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها بعد وجداني يتمثل في التعاطف والتواصل مع الآخرين والفهم المتبادل للمشاعر الوجدانية ، وتكوين العلاقات الشخصية المرضية معهم ، بحيث يكون الفرد مستمعاً جيداً لهم ، وقادراً على التعرف على اهتماماتهم ، وتقدير مشاعرهم وتفهمها (جابر عبد الحميد ، وعلاء كفافي ، ١٩٩٣ ، ٢٧١٢) .

فالكفاءة الاجتماعية هي قدرة الفرد على الاختيار الجيد للمهارات الاجتماعية وتطبيقها في مواقف التفاعل الاجتماعي ، والقصور في الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب يتمثل في العجز في امتلاك المهارات الاجتماعية ،

فليست لديهم المهارات الاجتماعية المناسبة سواء لاختيارها للموقف أو تطبيقها في موقف اجتماعي ، وإذا كانت لديهم بعض المهـــارات فهم غير قادرين على اختيار المهارة المناسبة للموقف ومن ثم فهم عاجزون عن تطبيقها في المواقف الاجتماعية .

فيصل ذوي الإعاقة الفكرية مرحلة ما قبل المدرسة ولديهم صعوبات في الكفاءة الاجتماعية تتمثل في الصعوبة في إقامة علاقات مع الأقران ، أو تكوين الأصدقاء (Guralnick , 1990 , 1999A) .

وهذه الصعوبات قد تكون واضحة لدى ذوي الإعاقة الفكرية في جماعة اللعب وفي الأوضاع الاجتماعية المختلفة ، وتؤثر على كل جانب من جوانب تفاعل الطفل مع الأقران ، وخاصة عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين ، فهم يجدون صعوبة في المبادأة بالأنشطة والدخول في جماعة الأقران (Wilson , 1999) .

ويفشلون في الحفاظ على اللعب الاجتماعي التفاعلي ، لذلك فهم قد يندمجون في صيغ مختلفة من أشكال اللعب الفردي (Guralnick , 1996) .

فقد تصدر منهم أنماط غير لائقة أثناء حلّ المشكلات في نوبات الصراع التي تواجههم (Guralnick et al . , 1998) .

وتمثل المتغيرات والمشكلات السابقة قصوراً في الكفاءة الاجتماعية ، وبصفة عامة قد يرتبط القصور في الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية بانخفاض مستوى قبولهم من الأقران (Guralnick , et al . , 1996) .

وانخفاض القبول يتضمن الأقران في المدرسة وفي المجتمع ، وكذلك علاقات الصداقة المحدودة ، وقد تعمل برامج التدخل على خفض مشكلات الكفاءة الاجتماعية . ولكن قد تكون هناك صعوبة في القضاء على مشكلة القصور في الكفاءة الاجتماعية لأنها مشكلة مرتبطة بخصائص ذوي الإعاقة الفكرية ، فهي مشكلة متعددة الأبعاد قد ترتبط بانخفاض المستوى المعرفي واللغوي ، ونقص الانتباه ومشكلات الذاكرة العاملة ، والتعبير اللغوي لدى الأطفال ، وأن هناك عوامل أسرية قد تؤثر على الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية (Guralnick , et al . ,2003) .

الرفض من الجماعة :

تبلغ نسبة الأطفال الذين ترفضهم الجماعة من بين ذوي الإعاقة الفكرية ٤٦,١٥٪ ، في حين تبلغ تلك النسبة بين الأطفال العاديين ٤,٤٪ ، وكان من أسباب رفض الجماعة لهؤلاء الأطفال ما يبدونه من سلوك عدواني ، وما يقومون به من أعمال تضايق الجماعة ، وتثير اشمئزازها أحياناً (يوسف الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٧٠) .

خامساً : الخصائص اللغوية :

يتضمن الحديث عن المهارات اللغوية موضوعات متعددة ذات صلة ، منها مهارات الاستماع والتحدث والقراءة والكتابة . كما تتضمن أيضا الحديث عن اضطرابات اللغة بأشكالها المتعددة .

فيعاني ذوي الإعاقة الفكرية من تأخر واضح في النمو اللغوي وفي النطق واكتساب قواعد اللغة ، مما يجعل لغتهم يغلب عليها الطابع الطفولي ، ويظهر لديهم ضحالة المفردات اللغوية وبساطتها ، ويعاني كثيراً منهم من اضطرابات النطق كالتأتأة واضطرابات التلفظ كالحذف والإبدال واضطرابات الصوت التي تشمل طبقة الصوت وشدته وعدم ملائمة نغمته (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠١ ، ٢٢٠) .

وتتطور اللغة الاستقبالية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بمعدل منخفض عن تطورها عند الأطفال العاديين وأن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أكثر تأخراً في العمر اللغوي عنه في العمر العقلي ، وأن انخفاض القدرات العقلية في الذاكرة قصيرة المدى يكون مسئولاً عن التأخير اللغوي (زيدان السرطاوي ، وكمال سيسالم ، ١٩٨٧) .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من فاروق الروسان وجلال جرار (٢٠٠٠) إلى أن هناك فرقًا في الأداء على مقياس المهارات اللغوية بين ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم ونظرائهم العاديين لصالح العاديين ، كما توصلت إلى وجود فروق في الأداء على مقياس المهارات اللغوية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة شديدة لصالح القابلين للتعليم ، وهذا يعني أن العاديين أفضل في المهارات اللغوية ، وأن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم أفضل في المهارات اللغوية من فئات الإعاقة الفكرية الأخرى .

وقام فاروق الروسان (٢٠٠٠) بدراسة حول مقارنة أداء الأطفال العاديين وذوي الإعاقة الفكرية في الأداء على مقياس مهارات الكتابة ، وتوصل إلى تفوق الأطفال العاديين في مهارات الكتابة ، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم أفضل من نظرائهم من ذوي فئات الإعاقة الفكرية الأخرى في مهارات الكتابة .

وتفوق الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من الدرجة البسيطة على نظرائهم من ذوي الدرجة الشديدة في مهارات القراءة (فاروق الروسان ، وأرو العامري ، ٢٠٠٠) .

وتتمثل قدرة أطفال هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة في مستوى يوازي في أعلى تقدير مستوى طلبة الصف الرابع ويواجه هؤلاء الأطفال مشكلات في التعلم المجرد ، وخاصة في القراءة المجردة (فاروق الروسان ، ١٩٩٩ ، ٥٦) .

فالمهارات اللغوية منخفضة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، ويظهر ذلك بوضوح في الخصائص اللغوية لهذه الفئة مما يتضح من خلال نقص مستوى التجريد في لغة ذوي الإعاقة الفكرية ، ونقص كمية المنطوقات الصوتية بين ذوي الإعاقة الفكرية كلما قلت نسبة ذكائهم ، والنقص النسبي في اكتساب مفردات اللغة وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به ، وعدم إحسان الكلام ، حيث يبدو كلامهم مشوشاً وقريبا من لغة الأطفال ، ونقص كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سالب على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر لدى ذوي الإعاقة الفكرية (آمال أباظة ، ٢٠٠٣ ، ١٧٢-١٧٣) .

وتعتبر الاضطرابات في مظاهر النمو اللغوي من الخصائص المميزة لذوي الإعاقة الفكرية على اختلاف درجاتهم ، فاللغة وسيلة أساسية من وسائل التواصل الاجتماعي وخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ، وأن عزل هؤلاء الأطفال يؤثر على نمو مهاراتهم اللغوية ، ولذا فإن الدمج يشكل وسيلة تعليمية مرنة يمكن من خلالها إتاحة الفرصة لذوي الإعاقة الفكرية للتفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين ، حيث تعمل البيئة الاندماجية على زيادة التقابل الاجتماعي للأطفال المعاقين ، وكذلك تمكنهم من محكات وتقليد سلوك أقرانهم العاديين وزيادة فرص التواصل بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين مما يكون له أثر بالغ على نموهم الاجتماعي والمعرفي واللغوي (نهى اللحامي ، ٢٠٠٢) .

وتتمثل المشكلات والصعوبات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عموماً في البطء الملحوظ في النمو اللغوي والتأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة ، وغلبة الطابع الطفولي على لغتهم ، وضحالة المفردات وبساطتها بما لا يتناسب مع أعمارهم الزمنية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢١٣) .

وأكد "كيورد" أن ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من صعوبات في إنتاج الكلام أكثر من غيرهم ، وتختلف درجات شدة إنتاج الكلام باختلاف شدة الإعاقة ، كما توجد لديهم صعوبات في فكّ الرموز الفونولوجية . ويعانون من تأخر في المهارات النحوية مقارنة بغيرهم من الأطفال العاديين . وتعتبر بحوث المستوى الدلالي اللفظي قليلة في مجال الإعاقة الفكرية ، فهم مجردون في فهم الكلمات وتفسير التعبيرات المجازية . ويعانون من صعوبات في الرسائل الكلامية ، وتأخر الاستجابة الكلامية ، وصعوبات في القيام بمحادثات مع الآخرين (إبراهيم عبد الله ، ٢٠٠٥ ، ٢٩٩) .

ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من اضطرابات النطق والكلام بصفة عامة ، فهم يعانون من الإبدال والحذف والتحريف والإضافة واضطرابات الصوت وتشمل شدة الصوت وطبقة ونوعية الصوت واللجلجة . فهم يعانون من هذه الاضطرابات والتي تزداد كماً وكيفاً بزيادة درجة الإعاقة الفكرية . فقد اتضح أن معظم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة يمارسون كلاماً مفهوماً يمكّنهم من التواصل بوضوح إلى حد كبير مع الآخرين ، ورغم أن بعض هؤلاء الأطفال قد يعانون من اضطرابات الصوت إلا أنها من الدرجة البسيطة ؛ سواء في الطبقة "أجش مثلاً" أو الرنين "الأنفية" ، وهذا عكس الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة متوسطة حيث تزداد اضطرابات النطق خاصة الإبدال والحذف التي تشمل كثيراً من الحروف ؛ مما يجعل كلامهم يميل إلى الكلام الطفلي ، وهو كلام يصعب فهمه . كما تنتشر بينهم اضطرابات الصوت خاصة الطبقة؛ حيث يتحدث الطفل بطبقة منخفضة ، وشدة مرتفعة ، وعلى وتيرة واحدة ، مما يجعل كلامه غير مريح ، وغير واضح ، هذا فضلاً عن زيادة تدفق الهواء أثناء الكلام لدى بعض الأطفال ، بينما يبذل البعض الآخر جهداً كبيراً أثناء النوم ، ولعل ذلك يوضح التأثير الكبير للإعاقة الفكرية على كلام الطفل (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٦٧) .

وتنتشر اضطرابات اللغة بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة عالية ، حيث أشارت دراسة كلاً من روندل وإيدورد (١٩٩٢) إلى أن اضطرابات النطق تنتشر بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، وترتبط طرديا مع درجة الإعاقة ، أي كلما اشتدت الإعاقة ارتفعت اضطرابات النطق ، وتبلغ نسبة اضطرابات النطق بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة بسيطة ٧٠٪ ، والنسبة ٨٠٪ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة متوسطة ، والنسبة ٩٠٪ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة شديدة ، كما تنتشر بينهم اضطرابات طلاقة الكلام واضطرابات الصوت التي تتمثل في بحة الصوت أو الصوت الأجش أو ضعف الصوت (عبد الله الوابلي ، ٢٠٠٣ ، ٦٢) .

وقام عبد العزيز الشخص (١٩٩٧) بدراسة لتحديد نسبة اضطرابات النطق والكلام لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وتوصل إلى أن جميع أفراد العينة يعانون من اضطرابات النطق والكلام ، وتزداد هذه الاضطرابات بزيادة درجة الإعاقة ، وأن اضطرابات النطق هي الأكثر انتشارا يليها الصوت ثم الطلاقة ، وتوصل إلى أن الإبدال أكثر اضطرابات النطق شيوعاً يليها الحذف ثم التحريف .

فيعاني ذوي الإعاقة الفكرية من حذف الحروف وإبدالها وعدم وضوح مخارج الألفاظ ، ويميلون إلى استخدام التعبير اللفظي بجزء من جملة للتعبير عن احتياجاتهم ، كما يشيع لديهم عيوب النطق كالتهتهة واللجلجة ، مما يؤثر على تأخر القدرة على القراءة (فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، ٢٥٣) .

وترجع بعض المشكلات اللغوية بشكل مباشر إلى محدودية القدرات المعرفية ، وعلى سبيل المثال المشكلات المتعلقة بالانتباه والتذكر فقد تكون لدى الطفل مشكلة في التذكر والربط بين معاني الكلمات ، وما نشير إليه ، وقد يكون لدى الطفل مشكلة في تعلم وتذكر كيف يستخدم الكلمات لوصف شيء ما حدث في الماضي ، أيضاً كثير من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لديهم مشكلات جسمية تجعل التحدث لديهم أكثر صعوبة . فعلى سبيل المثال : الأطفال الذين لديهم " متلازمة داون " كثيراً ما يكون لديهم ارتخاء في عضلات الوجه والفم ، بالإضافة إلى صغر تجويف الفم ، وكل ذلك يزيد من صعوبة نطق الكلمات (Gioia , 1993 , 72) .

سادسًا : الخصائص الحسابية :

يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في العمليات الحسابية ، ومن قصور في استخدام الاستراتيجيات المناسبة في حلّ المشكلة الرياضية (Baroody , 1996) .

وتتمثل قدرة أطفال هذه الفئة على تعلم مهارات الحساب في مستوى يوازي في أعلى تقدير مستوى طلبة الصف الرابع ويواجه هؤلاء الأطفال مشكلات في التعلم المجرد ، وخاصة في العمليات الحسابية (فاروق الروسان ، ١٩٩٩ ، ٥٦) .

وقام فاروق الروسان (٢٠٠٠) بدراسة حول مقارنة أداء الأطفال العاديين وذوي الإعاقة الفكرية في الأداء على مقياس المفاهيم العددية ، وتوصل إلى تفوق الأطفال العاديين في المفاهيم العددية ، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم أفضل من نظرائهم من ذوي فئات الإعاقة الفكرية الأخرى في المفاهيم العددية .

اضطرابات التواصل Communication Disorders :

تعد مهارات التواصل إحدى المهارات المهمة ، والتي يعزى إليها الحياة المستقلة . ويعتبر العجز في مهارات التواصل شائع بين ذوي الإعاقة الفكرية . بل ويعزى إليه العجز أو القصور في السلوكيات الأخرى مثل القصور في المهارات الاجتماعية ، وأيضا يسهم العجز في مهارات التواصل في ظهور سلوكيات مشكلة أخرى مثل العدوان وإيذاء الذات (Matson & Bamburg , 1998) .

ويعرف التواصل بأنه : تلك العملية الفنية الشاملة التي تتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل والأساليب مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات اليدين والتعبيرات الانفعالية واللغة (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٨) .

ويشمل التوصل شقين ، الشق الأول ويشمل التواصل اللفظي ويتم عن طريق اللغة ومهارتها ، والتواصل غير اللفظي ويشمل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات اليدين والتعبيرات الانفعالية ، ولغة العيون ، والابتسامة ، واللمس ، وما يصدر من الجسم من حركات مختلفة قد يكون شكل من أشكال التواصل غير اللفظي ، واضطراب التواصل يتضمن الاضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وقد يكون الاضطراب في نوع محدد من هذه الاضطرابات أو أكثر من نوع .

وتؤثر الإعاقة الفكرية على التواصل لدى الطفل فنجده يتأخر في الاستجابة للأصوات ، والتفاعل معها كما يتأخر في إصدار الأصوات ، والمقاطع الصوتية ، ويبدي علامات عدم فهم الكلام ، وكذلك عدم القدرة على المحاكاة ، فضلاً عن ضحالة الحصيلة اللغوية ، ومن ثم ضعف الإنتاج التلقائي والابتكاري للكلام ويصدر منه كلاماً مفككاً غير مفهوم ومليء بالأخطاء بسبب إعاقته الفكرية (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٧٩) .

وشيوع اضطرابات التواصل لدى ذوي الإعاقة الفكرية قد يكون عاملاً مهماً في نشأة الكثير الاضطرابات النفسية والسلوكية ، وهذا يجعل هناك احتياج ضروري ولازم لبرامج علاجية وتدريبية لعلاج مشكلات التواصل لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وذلك لنقل الخبرات والمعارف والمهارات والقيم والعادات والتقاليد . وكذلك الاندماج في علاقات اجتماعية فعالة .

فهناك ضرورة ملحة إلى إكساب ذوي الإعاقة الفكرية المهارات اللغوية ومهارات التواصل لما لذلك من أهمية قصوى في تحقيق النمو الشامل المتكامل للطفل لأن الطفل المعاق فكرياً لديه قصور في مهارات اللغة والتواصل ، لذا لا يتمكن من التفاعل السليم مع الآخرين ، ويسعى للابتعاد عنهم مما يترتب عليه قصور في معظم جوانب النمو (سعدية بهادر ، ١٩٨٧ ، ١٧٣) .

وتفيد ممارسة الأنشطة التي تعمل على تنمية مهارات اللغة والتواصل في إكساب الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية مهارات التفاهم في الحياة اليومية ، ولعل ذلك يظهر بوضوح إذا اعتبرنا أن تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يقلل من مشكلات ومظاهر سوء التوافق لديهم (فاروق صادق ، ١٩٧٦ ، ٢٩٨) .

الفصل السابع
الأمراض والمتلازمات

- متلازمة داون .
- متلازمة صغر الدماغ .
- حالات كبر الدماغ .
- حالات استسقاء الدماغ .
- حالات القصاع أو القماءة (القزمية) .
- الشلل الدماغي .
- التصلب الحدبي .
- متلازمة بيكويث ويديمان .
- متلازمة سليفر روسيل .
- متلازمة ليش نيهان .
- متلازمة بارديت وبيدل .
- متلازمة ريت .
- متلازمة برادر ويلي .
- متلازمة مواء القطط .
- متلازمة إنجلمان .
- متلازمة إدواردس .
- متلازمة روبينشتاين - تايي .
- متلازمة باتاو .
- متلازمة لويس بار .
- متلازمة كورنيلا دي لانج .

- متلازمة ويليامز .
- متلازمة فيلان مكديرميد .
- متلازمة كليفنتر .
- متلازمة الكحول الجنينية .
- متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش .
- متلازمة الرباعي إكس .
- متلازمة الخماسي إكس .
- متلازمة **XXYY syndrome** .
- متلازمة **47 ,XYY syndrome** .
- متلازمة ولف - هيرشورن .
- متلازمة سميث ماجينيس .
- متلازمة لانقر - قيديون .
- متلازمة كوهين .
- متلازمة ميللر- ديكر .
- متلازمة **Deletion Syndrome "22q11DS"** .
- متلازمة مارفان .
- متلازمة سفرنتزين وجولدبيرج .
- متلازمة ويل مارتشيساني .
- متلازمة تيرنر .
- الورم العصبي الليفي .
- متلازمة بيرلمان .
- متلازمة بروني بيلي .
- متلازمة آلبورت .

- متلازمة هرلر .
- متلازمة ستيرج ويبر .
- فقر الدم المنجلي .
- متلازمة أتركس .
- متلازمة كوفين ولويري .
- متلازمة نونان .
- متلازمة صغر الدماغ .
- متلازمة فينقولد .
- متلازمة أرسكوج .
- حالات اضطراب التمثيل الغذائي .

الفصل السابع
الأمراض والمتلازمات

تكون البداية الأولى للإنسان عن طريق البويضة الملقحة ، حيث يتم تلقيح البويضة بالحيوان المنوي ويطلق عليها البويضة الملقحة ، وفيها يرث الإنسان من والديه ٢٣ زوجاً من الكروموسومات بواقع ٤٦ كروموسوماً ، نصف هذه الكروموسومات من الأب عن طريق الحيوان المنوي ، ويرمز لها بالرمز Y ، والنصف الآخر من الأم عن طريق البويضة ، ويرمز لها بالرمز X . والكروموسوم الجنسي[١] XY ، هو المسئول عند تحديد الجنس ، ففي حالة الذكر يكون الكروموسوم الموروث هو XY ، وفي الإناث يكون الكروموسوم المورث هو XX . ويحمل كل كروموسوم عددا من الجينات[٢] Genes ، وهذه الجينات تحمل الصفات الوراثية الموروث من الوالدين ، ويكون كل جين مسئول عن صفة معينة أو أكثر من صفة . والجين هو جزء من DNA والذي يعرف أيضا بأنه حمض أربي منزوع الأكسجين ، ويوجد هذه الحمض في النواة بشكل رئيس ، أي في كل خلية من خلايا الإنسان ، واختلاف ترتيب الأسس الآزوتية المكونة للحمض يعطي الصفات المتمايزة لكل خلية .

وتحدث الأمراض الوراثية نتيجة الخلل في هذه التوليفة من الكروموسومات أو الجينات ، وتأخذ الأمراض الناتجة من هذا الخلل صورا متعددة على النحو التالي :

- الأمراض الجينية : وتحدث نتيجة الخلل في الجينات الموجودة على الكروموسومات ، والأمراض من هذا النوع تأخذ شكلين ، الشكل الأول : ويشمل الأمراض الناتجة عن الوراثية السائدة Autosomal dominant ، وفيها يكون أحد الأبوين حامل للمرض ولكن لا تظهر عليه الأعراض المرضية ، فهو حامل للجين المرضي ولكن لا تظهر عليه أعراض الجين المرضى ، ويكفي جين واحد لحدوث المرض ، ويصيب هذا النوع من الأمراض الذكور والإناث

(١) هو الكرموسوم رقم ٢٣ .

(٢) هناك حوالي مليون من الجينات في الخلية البشرية ، وهناك حوالي عشرين ألف جين في الكروموسوم الواحد (روبرت واطسون ، وهنري ليندجرين ، ٢٠٠٤ ، ٩٣) .

بالتساوي ، واحتمال إنجاب طفل مصاب في الوراثة السائدة هي ٥٠٪ كل حمل . والشكل الثاني : ويشمل الأمراض الناتجة عن الوراثة المتنحية Autosomal Recessive ، ويحدث المرض عندما يكون الأبوان حاملين للمرض ولكنهما طبيعيين ، فلا تظهر عليهما أعراض المرض ، فيحدث المرض هنا نتيجة جينين مرضيين ، ويصيب الذكور والإناث أيضا ، وتكون نسب الإصابة بالمرض لأبناء الأبوان الحاملين للمرض هي احتمال ٢٥٪ طبيعيون ، ٢٥٪ مرضى ، ٥٠٪ حاملون للمرض دون ظهور الأعراض عليهم لكل حمل .

- الأمراض الكروموسومية : وتحدث نتيجة التغير في عدد الكروموسومات سواءً بالزيادة مثل : متلازمة داون Down's syndrome التي تحدث نتيجة زيادة عدد الكروموسومات فتصبح ٤٧ كروموسوما بدلا من ٤٦ كروموسوم العدد الطبيعي ، أو بالنقص في عدد الكروموسومات فيصبح عدد الكروموسومات ٤٥ كروموسوماً بدلاً من ٤٦ العدد الطبيعي ، وهذه الحالة مثل : متلازمة برادر ويلي Prader-Willi Syndrome ، وتحدث الأمراض الكروموسومية أيضا نتيجة تغيير في هيكل أو شكل الكروموسوم .
- الأمراض المركبة : وتشمل الأمراض التي تحدث نتيجة لأكثر من عامل ، وهي أمراض وراثية متعددة الأسباب ، فالمرض هنا قد يكون مسئولا عنه أكثر من جين وراثي ، وبعضها غير معروف السبب ، والبعض الآخر قد تتداخل فيها عوامل أخرى غير جينية مثل العوامل البيئية . وغالباً ما تحدث مثل هذه الأمراض نتيجة لزواج الأقارب الذي ينتشر في البيئات العربية .

وبصفة عامة الأمراض التي تحدث نتيجة الخلل في الجينات أكثر من الأمراض التي تحدث نتيجة الخلل في الكروموسومات . وبعض هذه الأمراض يطلق عليه "متلازمة Syndrome" حيث يشير مصطلح المتلازمة إلى ترافق عدد من الأعراض وحدوثها معاً ، وغالباً ما تسمى هذه المتلازمات بأسماء مكتشفيها مثل متلازمة داون Down syndrome .

وتوصلت بعض البحوث والدراسات إلى أن نسبة الإعاقة الفكرية تتراوح بين ١٪ -٣٪ من عدد السكان . وأن حوالي ٣٪ -٧٪ منهم من ذوي الأمراض الوراثية بأشكالها

المختلفة ، وأن حوالي ٣٠٪ - ٥٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية غير معروفة السبب (André , et al . , 2009) .

ويعد الأساس الوراثي للإعاقة الفكرية حقل ضخم الآن بعد أن بدأ بداية متواضعة في المسوح الأولية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية الذين مكثوا فترات طويلة في المستشفيات في الثلاثينات من القرن العشرين .

وركزت البحوث الأولى على عمليات حذف أو تكرار الجينوم البشري Genomic المرتبط بالإعاقة الفكرية . وتطور التقنيات العلمية كشف عن عدد كبير من الجينات الوراثية المسئولة عن الإعاقة الفكرية ، وسوف يكشف العلم عن المزيد في المستقبل ، والمهم أن البحوث من هذا النوع في حالة نمو سريع . (Raymond & Tarpey , 2006)

وتحدث الإعاقة الفكرية في هذا المجال في صور متعددة منها الخلل في الجينات والخلل في الكروموسومات ، وقد يأخذ الخلل الجيني صورا متعددة ، كما يأخذ الخلل الكروموسومي أيضاً صورا متعددة . وما يعنينا في هذا المقام الأمراض الوراثية المرتبطة بالإعاقة الفكرية؛ فالحديث في هذا الكتاب عن الأمراض الوراثية ليس هدفاً في حد ذاته بل للكشف عن حالات الإعاقة الفكرية في هذه الأمراض . ونعرض بعضاً منها في الصفحات التالية :

متلازمة داون Down's syndrome :

يطلق على هذه المتلازمة متلازمة داون Down's syndrome أو Down syndrome أو تناذر داون أو التثلث الصبغي ٢١ "Trisomy 21" أو المنغولية . ويطلق عليها متلازمة داون ، نسبة لأول من وصفها John Langdon Down عام ١٨٦٢ ، والذي نشر تقريراً مفصلا عنها عام ١٨٦٦ ، ويطلق عليها " المنغولية " وذلك للشبه الكبير بين ملامح الوجه لهذه المتلازمة وملامح الوجه للأفراد من الجنس المنغولي ، ويطلق عليها التثلث الصبغي للكروموسوم ٢١ وذلك نتيجة وجود ثلاثة نسخ من الكروموسوم ٢١ بدلاً من نسختين في الشخص العادي . وهذا ما اكتشفه العالم Jerome Lejeune عام ١٩٥٨ (Grant , et al . ,2010) .

وأصبحت متلازمة داون في مطلع القرن العشرين من أكثر المتلازمات انتشاراً ، وتم في هذا العصر عزل المصابين بحالة داون في معاهد خاصة ، مع التركيز على علاج

الأعراض المصاحبة لهذه المتلازمة . وتعرض أفراد هذه المتلازمة للظلم مع ظهور حركة تحسين النسل حيث قامت ٣٣ ولاية أمريكية وبعض الدول الأخرى بعملية تعقيم إجباري للأفراد المصابين بمتلازمة داون وغيرها من الإعاقات المشابهة ، وذلك بدعوى الحافظ على المجتمع ولكن بعد الحرب العالمية الثانية ظهرت دعاوى ترفض عملية التعقيم ، وبناءً عليه تم وقف هذه السياسات (Norman , Lejeune , et al ., 1959 1979;)

وعاب البعض إطلاق مصطلح "المنغولية" على هذه الفئة ، حيث أن هذه المتلازمة لا تخص مجتمع معين أو جنس معين ، بل ظهرت هذه المتلازمة في بيئات ومجتمعات أخرى ، ونظراً للتمييز العرقي الذي كان منتشرا في هذه الفترة قامت منظمة الصحة العالمية بمنع استخدام مصطلح " المنغولية " رسمياً عام ١٩٦٥ وذلك بناءً على طلب قدمه ممثل عن المنغوليين ، كما أفادت تقارير علمية أن مصطلح "المنغولية" خاطئ ولا توجد أدلة علمية تؤيده ، وخلاصة القول أن كلاً من مصطلح "متلازمة داون" ومصطلح المنغولية شائعين في كثير من الدراسات والبحوث العلمية ، وأن مصطلح متلازمة داون مستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وبريطانيا وغيرها . (Norman , 1979)

وتحدث متلازمة داون بسبب خلل في الكروموسومات ، ويأخذ هذا الخلل ثلاثة صور على النحو التالي :

- الصور الأولى : وتحدث بسبب تثلث الكروموسوم ٢١ فيظهر في ثلاثة نسخ بدلاً من نسختين في الأشخاص العاديين ، وبذلك يصبح عدد الكروموسومات ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الأشخاص العاديين ، ويشكل هذا النوع معظم حالات متلازمة داون حيث يشكلون حوالي ٩٥٪ من مجموع المصابين بحالة داون .
- الصورة الثانية : وتحدث بسبب انفصال الكروموسوم ٢١ والتصاقه بكروموسوم آخر ، وقد يلتصق بأحد الكروموسومات أرقام ١٣ أو ١٤ أو ١٥ أو ٢١ أو ٢٢.
- الصورة الثالثة : وتحدث هذه الحالة عندما يكون في جسم المصاب نوعين من الخلايا ، نوع يحتوي على ٤٦ كروموسوم ، ونوع يحتوي على ٤٧

كروموسوم ، ويشكل هذا النوع حوالي ١٪ من مجموع المصابين بمتلازمة داون (Grant , et al . ,2010) .

وكشفت الدراسات الحديثة أن متلازمة داون تحدث بشكل عشوائي أثناء تشكيل خلايا الجنس أو الحمل ، وإن كانت هناك دراسات وبحوث تربط بين عمر الوالدين واحتمال الإصابة بمتلازمة داون أو ولادة أطفال مصابين بمتلازمة داون . حيث ترى هذه البحوث أنه كلما زاد عمر الوالدين زاد احتمال إنجابهم أطفالا مصابين بمتلازمة داون ، وعلى الرغم من ذلك تشير بعض الدراسات والبحوث إلى أن حوالي ٨٥٪ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون هم لأمهات أقل من ٣٥ سنة (Huether , 1998) .

وتقدّر نسبة الإصابة بمتلازمة داون حوالي حالة لكل ٨٠٠ أو ١٠٠٠ حالة ولادة ، وتشير دراسات أخرى إلى وجود حالة كل ٦٥٠ أو ١٠٠٠ حالة . معظمهم أو ما يقرب من ٩٥٪ منهم ناتج عن حالات تثلث الكروموسوم ٢١ ، وهو اضطراب يصيب جميع الشعوب وجميع الأعراق فلا يختص به عرق معين أو مجتمع معين ، ويصيب الذكور والإناث . (TLott & Dierssen , 2010; Bittles , 2007) .

ويؤثر الخلل الكروموسومي على عدد كبير من أجهزة الجسم ووظائفه والذي يترتب عليه ظهور ملامح خاصة تميز فئة ذوي متلازمة داون عن أقرانهم العاديين أو فئات الإعاقة الفكرية الأخرى ، فيتصف أفراد متلازمة داون بقصر القامة ، وقصر الرقبة ، وتضخم اللسان بسبب صغر حجم الفم ، وصغر حجم الذقن ، ووجود بقع بيضاء في العين وميل في شق العين مع وجود جلد زائد ، ارتخاء في المفاصل ، وعيوب خلقية في القلب ، اتساع المسافة بين أصبع الرجل الكبير وباقي الأصابع ، وتقلص في الأصبع الخامس (Palaskar , et TLott & Dierssen ,2010; Grant , et al . ,2010 al . , 2012)

ويتصفون ببعض الخصائص التي تعد أقل حدوثاً بينهم مثل ضعف جهاز المناعة ، والصرع وسرطان الدم . وبصفة عامة أفراد هذه المتلازمة أقل تعرضا للإصابة بأمراض السرطان فيما عدا سرطان الدم وسرطان الخصية . وهم أقل تعرضا للإصابة بمرض تصلب الشرايين وأمراض انفصال الشبكية الناتجة عن السكري . وبصفة عامة أعراض متلازمة داون كثيرة ومتعددة ، وبعض هذه الأعراض قد تظهر عند الولادة ، وبعضها يظهر مع مرور الوقت . وتقلُّ قدرتهم على الإنجاب سواء الذكور منهم أم الإناث ، وفي

حالة المقدرة على الإنجاب قد يكون حوالي نصف الأبناء لآباء مصابين بمتلازمة داون مصابين هم أيضا بمتلازمة داون . ويتأخر نموهم الحركي ، وخاصة المهارات الحركية الدقيقة ، فقد يستطيعون المشي في السنة الثانية من العمر وبعضهم يتأخر حتى السنة الرابعة من العمر Hasle , et al . , 2000; Conor ,1999; David , et al . , 1999 (Grant , et al . , 2010 ; Zipursky , 2003;)

وقد تكون التشنجات[1] من الاضطرابات الشائعة لدى ذوي متلازمة داون ، وخاصة في مرحلة الطفولة وقد تظهر في صورة عضلية ، حيث تظهر لدى ٤٠٪ منهم في بداية العام الأول ، وتنتشر بنسبة ٤٠٪ لديهم في بداية العقد الثالث من العمر ، وقد تُضعف هذه التشنجات الوظيفة المعرفية (TLott & Dierssen ,2010) .

ويتصف أفراد متلازمة داون بالإعاقة الفكرية والتي تتراوح بين الإعاقة الفكرية البسيطة والإعاقة الفكرية المتوسطة ، وبصفة عامة قد يتراوح ذكاؤهم بين ٣٥ - ٧٠ ، وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى أن الإعاقة الفكرية لديهم تتراوح بين الإعاقة الفكرية البسيطة Mild والإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound ، ولديهم مشكلات في الذاكرة واللغة والإدراك والتعلم ، كما أن أداءهم على المهام البصرية قد يكون أفضل من أدائهم على مهام الذاكرة قصيرة المدى اللفظية ، ولديهم مشكلات في الرؤية والسمع . ويعانون من الخرف المبكر Early-Onset Dementia والذي قد يؤدي إلى مرض الزهايمر
(Grant , et Dierssen , 2009; Nelson , et al . , 2005; Borthwick , 1996 al . ,2010;)

ويعاني أفراد هذه المتلازمة من تأخر لغوي في اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية ، وعيوب في الكلام وقصور في مهارات التواصل الاجتماعي (Bird ; Libby , 1998 &Thomas , 2002) .

ويختلف ذوي متلازمة داون في قدراتهم وطاقاتهم ، وبناءً على ذلك تتم تربية وتعليم ذوي متلازمة داون في نُظم تعليم مختلفة ، فأكدت الدراسات والتجارب في

---

(١) التشنج Fits أو النوبة Seizure ينشأ عن زيادة غير طبيعية متزامنة مع نشاط الخلايا العصبية في الدماغ ، وقد يأخذ التشنج أشكالا متعددة منه – منها ما يظهر في العضلات مثل اليدين والرجلين ، ومنها الغياب عن الوعي ، ومنها الأعراض النفسية . أما الصرع فهو عبارة عن تكرار التشنجات .

بعض الدول إمكانية تعليم هؤلاء الأفراد في التعليم العام وفي المدارس الخاصة وفي الفصول الملحقة ، ويمكن دمجهم مع أقرانهم في بعض الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية وتناول الوجبات . (Roizen & Patterson , 2003) .

متلازمة صغر الدماغ Microcephaly Syndromes :

هناك اختلاف في الرأي حول تعريف صغر حجم الدماغ ، وببساطة تعني متلازمة صغر الدماغ أن محيط الرأس أصغر من المعتاد ، وتحدث في صورتين ؛ الصورة الأولى أن الدماغ لم تتطور بصورة مناسبة ، والصورة الثانية أن يكون توقف نموها أثناء فترة النمو . وبصفة عامة قد تكون هذه الحالة عند الولادة أو حدثت أثناء مراحل النمو ، ويمكن التعرف عليها من خلال قياس محيط الرأس ، فهي أقل من المتوسط بمقدار اثنين انحراف معياري بالنسبة للعمر والجنس " النوع " ، والبعض يرى أنها أقل من المتوسط بمقدار ثلاثة انحراف معياري ، وهناك حوالي ٢٪ من السكان يتصفون بصغر حجم الدماغ ، ولكن البعض منهم لم يتصف بالضعف النيرولوجي Neurologic ، ولو اعتمد القياس على ثلاثة انحراف معياري أقل من المتوسط كانت النسبة ٠,١٪ . ومعظم حالات صغر الدماغ لديهم إعاقة فكرية دالة (Abuelo , 2007 ,118) .

ويمكن تصنيف حالة صغر الدماغ إلى حالتين؛ الحالة الأولى : تصف حالة صغر الدماغ بدون تشوهات أخرى ، ويطلق عليها مصطلح Isolated Microcephaly ، والحالة الثانية : تصف صغر الدماغ مع وجود تشوهات أخرى ، ويطلق عليها متلازمة Syndromic . وعندما تكون حالة صغر الدماغ عند الولادة يطلق عليها مصطلح صغر الدماغ الأولية Primary Microcephaly ، وذلك مقابل صغر الدماغ الثانوي Secondary Microcephaly الذي يتطور فيما بعد . في حين يرى بعض الباحثين أن مصطلح صغر الدماغ الأولية تطلق على الحالات الناتجة عن تأثير العوامل الجينية ، ومصطلح ثانوي يطلق على تلك الحالة الناتجة عن العوامل ذات الطبيعة البيئية ، وأن هذا التصنيف أولي وثانوي لا يعني السببية ، فهناك أفراد متلازمة ريت Rett syndromes ومتلازمة إنجلمان Angelman syndromes التي يَظهر صغر الدماغ فيها في مرحلة الرضاعة أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، ففي هذه الحالة نصفها حالة ثانوية تبعاً للتصنيف السابق في حين أن أسبابها عوامل جينية (Opitz & Holt ,1990) .

وهناك العديد من العوامل التي تمنع نمو الدماغ بالشكل المناسب ، وهذ العوامل يمكن تصنيفها إلى عوامل قبل الولادة ، وعوامل فترة ما حول الولادة ، وعوامل بعد الولادة ، أو عوامل جينية وعوامل بيئية ، وتشمل العوامل البيئية حالات نقص الأكسجين ، والعدوى مثل : الحصبة الألمانية ، والتسمم ، والإصابة بالفيروس المضخم للخلايا ، وتعاطي الحامل للكحول أو تعرضها للإشعاعات ، وصعوبة السيطرة على مرض السكر لدى الأمهات ، وهذه العوامل يمكن تشخصيها من خلال التعرف على التاريخ الطبي للحامل أو تاريخ الحمل . والعوامل الجينية المسؤولة عن حالات صغر الدماغ كثيرة فهناك أكثر من ٤٧٠ سبباً جينياً قد يكون مسؤولاً عن حالات صغر الدماغ ، ومن هذه الحالات حالات صغر الدماغ الناتجة عن الوراثة السائدة والمتنحية ، وحالات صغر الدماغ الناتجة عن الكروموسوم الجنسي X ، وحالات الشذوذ الكروموسومي مثل : تثلث الكروموسوم ٢١ ، ١٣ ، ١٨ ، ومتلازمات الحذف الجيني مثل : حذف الجين 4p في متلازمة Wolf-Hirschhorn ، وحذف الجين 7q11.23 في متلازمة Williams ، وحذف الجين 17p13.3 في متلازمة Miller-Dieker ، وحالات صغر الدماغ الأخرى الناتجة عن الشذوذ المتعدد مثل متلازمة Cornelia de Lange ، ومتلازمة Smith-Lemli-Opitz ، ومتلازمة Feingold (Abuelo , 2007 ,119) .

وترتبط شدة الإعاقة الفكرية بشدة صغر حجم الدماغ ، فقد يتناقص معدل متوسط الذكاء كلما تناقص محيط الرأس ، ففي دراسة تكونت من ٢١٢ طفلاً من ذوي متلازمة صغر الدماغ عندما كان محيط الرأس يساوي ٢ أو ٢ ، ١ انحراف معياري أقل من المتوسط كانت نسبة الذكاء ٦٢ ، وذلك مقابل نسبة ذكاء ٣٥ عندما كان محيط الرأس أكبر من ثلاثة انحراف معياري أقل من المتوسط . وترتبط شدة الإعاقة الفكرية بحجم الشذوذ في المخ (Custer , et al . ,2000; Pryor& Thelander ,1968) .

وبصفة عامة قد تحدث حالة صغر الدماغ بدون تشوهات نتيجة للعوامل الوراثية ، ومعظمها تحدث تبعاً لقانون " مندل " في الوراثة أو نتيجة للخلل في الجينات المرتبطة بالكروموسوم X . وتحدث حالات صغر الدماغ المرتبطة بالتشوهات أو بالمتلازمات نتيجة الخلل في عدد الكروموسومات أو نتيجة للطفرات في الجينات الأحادية أو المزدوجة أو حذف جين أو أكثر (Abuelo , 2007 ,119) .

صغر الدماغ المعزول **Isolated Microcephaly** : أو حالة صغر الدماغ فقط وتعرف بأنها : حالة غير معقدة مثل نظريتها المصحوبة بأنواع مختلفة من الشذوذ ، وهي حالة تحدث منذ الولادة ، ويتصف أفراد هذه الحالة بالنمو الحركي المبكر العادي ، وفترة الحمل العادية ، وبنية المخ عادية ولكن المخ صغير ، مع تراجع الجبهة ، وحجم الوجه عادي ، والأذن تبدو كبيرة بالنسبة لحجم الجمجمة ، والقامة قصيرة لحد ما ، وهذه الحالة اُعتبرت لفترة طويلة وراثة متنحية ، ومؤخراً تم اكتشاف العديد من الجينات المسؤولة عن هذه الحالة ، وكشفت الدراسات الحديثة صغر حجم الجهاز العصبي المركزي ، وخاصة قشرة المخ ، وتختلف نسبة انتشار هذه الحالة من بيئة إلى أخرى؛ ففي منطقة " يوركشاير Yorkshire " في بريطانيا نسبة الانتشار تتراوح بمقدار حالة كل مليون حالة ولادة ، وفي شمال باكستان تتراوح بمقدار حالة كل ١٠.٠٠٠ حالة ، ويرجع ارتفاع النسبة في باكستان إلى انتشار زواج الأقارب (Bond , et Woods , et al .2005; al . ,2003)

صغر الدماغ المتلازمي **Syndromic Microcephaly** : أو حالات صغر الدماغ المصحوبة بأنواع مختلفة من الشذوذ أو الاضطراب : وتشمل كل المتلازمات التي يكون من مظاهرها حالات صغر الدماغ مثل متلازمات صغر الدماغ الناتجة عن الكروموسوم الجنسي X ، وحالات الشذوذ الكروموسومي مثل : تثلث الكروموسوم ٢١ ، ١٣ ، ١٨ ، ومتلازمة Wolf-Hirschhorn ، ومتلازمة Williams ، ومتلازمة Miller-Dieker ، ومتلازمة Cornelia de Lange ، ومتلازمة Smith-Lemli-Opitz ، ومتلازمة Feingold (Abuelo , 2007 ,119) .

حالات كبر الدماغ Macrocephaly :

تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم وزن الدماغ نتيجة لزيادة المادة البيضاء والخلايا الضامة بالمخ ، وترجع إلى وجود عيب في المخ انتقل عن طريق الجينات الوراثية مما أدى إلى النمو الشاذ في أنسجة المخ ، كما يكون عمر هذه الحالات قصيراً ، فيما عدا الحالات غير المصحوبة بتشنجات عصبية ، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (٤٠ – + ٥) مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة ، وأيضا يعانون من صعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة مقارنة

بالعاديين ، ويقع هؤلاء ضمن فئة الإعاقة الفكرية الشديدة والشديدة جداً ، خاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى ، أما أسباب هذه الحالة فمعظمها غير معروف الأسباب ، وبعضها يرجع إلى عوامل مثل تناول العقاقير والأدوية والكحول والتدخين والإشعاعات وتسمم الحمل في فترة الحمل .

وتعتبر هذه الحالات نادرة ، ويكبر فيها حجم المخ والوزن لدرجة كبيرة ، وتنشأ بسبب تضخم أجزاء في المخ يعقبها كبر حجم الجمجمة والذي يُلاحظ منذ الميلاد ، فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة ، ولا يتبعها كبر في الفجوات داخل المخ ، وتصاب هذه الفئة بإعاقة فكرية شديدة جداً ، ونوبات صرعية ، وصداع ، وضعف في الإبصار (فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، ٥٢) .

حالات استسقاء الدماغ Hydrocephaly :

تبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة مقارنة بالمجموعة العمرية التي تنتمي إليها ، ويُصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ ، وتعتمد درجة الإعاقة الفكرية في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه هذه الحالة وعلاجها ، حيث تتضمن المعالجة سحب السائل الزائد بعملية جراحية ، وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية ، وخاص مرض Cytomegatic Inclusion Disease أو مرض Toxoplasmosis ، وقد يصاحب هذه الحالة مظاهر أخرى للإعاقة ، ويصاحب هذه الحالات اضطراب في النمو(محمد عبد المؤمن ، ١٩٨٦ ، ١٤٧ ؛ فارق الروسان ، ٢٠٠١ ، ١٠٦) .

وتحدث هذه الحالات نتيجة عدوى ، كالزهري أو الالتهاب السحائي الذي تصاب به الأم أثناء الحمل ، وربما تظهر هذه الحالة قبل الولادة أو خلال السنة الأولى من العمر أو في الطفولة المبكرة (كمال دسوقي ، ١٩٧٤ ، ٢١٢) .

ويمكن التعرف على هذه الحالات عن طريق قياس محيط رأس الرضيع مراراً ، وملاحظة البقعة الرخوة "اليافوخ" في رأس الرضيع ، وقد يصل حجم الجمجمة إلى حوالي ٧٥ سم في بعض الحالات رغم بقاء حجم الوجه عادياً (حامد زهران ، ٢٠٠٥ أ ، ٤٠٧) . وفي بعض الحالات قد يولد الطفل ومحيط الرأس طبيعي إلا أنه يبدأ في الشذوذ بعد الولادة بأسابيع أو في الأسابيع الأولى من ولادته .

ويمكن التدخل الطبي لعلاج الحالات الخفيفة من هذه الحالات ، ويتوقف مدى نجاح العلاج على التشخيص النيرولوجي للحالة ، والأمل في نجاح العلاج ضعيف إلا في الحالات الخفيفة جداً (يوسف محمود ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٦٣) .

ويمكن علاجها بالعمليات الجراحية بامتصاص السائل المخي الزائد ، وتخفيض ضغطه على المخ أو تحريف مجراه إلى خارج المخ (محمد عبد المؤمن ، ١٩٨٦ ، ١٤٧) .

فيولد الطفل بدماغ كبيرة مملؤة بالسائل الشوكي مع ضمور في أنسجة المخ نظراً لضغط هذا السائل ، وأحياناً ما يلجأ أطباء الجراحة إلى إجراء عملية جراحية لخفض هذا الضغط ، ولكن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة فكرية شديدة (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٠٦) .

حالات القصاع أو القماءة (القزمية) Cretinism :

تمثل القماءة أو القصاع نمطاً من الأنماط الإكلينيكية التي تصادفنا بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . وقد اخترنا اسم القماءة لأن أهم ما يميز هذه الحالات هو قصر القامة المفرط ، حتى أن الفرد قد يبلغ من العمر السادسة عشرة أو أكثر ، ولا يتجاوز طوله تسعين سنتيمترا . وهناك نوعان من هذا النمط يرجع أحدهما إلى عدم وجود الغدة الدرقية؛ أما النوع الآخر فيرجع إلى خلل في إفراز الغدة الدرقية ينشأ عنه نقص في مادة الثيروكسين في جسم الطفل الذي يؤدي بدوره إلى هذه الحالة . وعلى الرغم من بعض الفروق البسيطة الموجودة بين هذين النوعين إلا أنه يمكننا أن نتحدث عن كليهما كما لو كانا نوعاً واحداً . ويولد هؤلاء الأطفال في العادة دون أن تظهر عليهم أي صفة تميزهم عن الأسوياء ، ويبقون هكذا حتى يبلغ الطفل منهم الشهر السادس تقريباً ، فتبدأ ظهور أعراض القماءة عليه . وقد يبدو ذلك في الحالات التي ترجع فيها القماءة إلى عدم وجود الغدة الدرقية عند الطفل؛ غير أن هذه الحالات تُفسر على أساس أن مادة " الثيروكثين " وهي المادة التي تفرزها الغدة الدرقية يحصل عليها مثل هذا الطفل من الأم إما عن طريق الحبل السري عندما يكون جنيناً أو عن طريق لبن الأم عندما يكون رضيعاً (يوسف محمود ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٦١ ، ٦٢) .

وتتصف هذه الحالة بالهبوط الحركي وجفاف الجلد ، وتضخم اللسان ، وتخشن الصوت ، وجحوظ البطن ، وسقوط الشعر مع إعاقة فكرية شديدة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٧١٤) .

وهناك حالات قماءة غير مصحوبة بإعاقة فكرية ، وهي تحدث نتيجة لقصور في هرمونات الغدة النخامية التي تؤثر في نمو العظام ، ويعاني هؤلاء الأطفال من تأخر في النمو ، كما يتميزون بقصر الرقبة ، وتضخمها ، وقلة النشاط (محمد عبد المؤمن ، ١٩٨٦ ، ١٤٦) .

ويصعب تشخيص هؤلاء الأطفال عند الولادة لأنهم يشبهون الأطفال العاديين ، ولكن يظهر ذلك بعد ستة شهور من العمر من خلال الحركة والجلوس ، حيث يبدو على الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسي الحركي ، ويتأخر نمو الكلام ، ولا يميل إلى التفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبته ، فلا يُظهر أي ابتسامة أو ضحك ، وقد يَظهر على جسمه بعض التجاعيد ، ويتغير لون جلده إلى الاصفرار ، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من ٢٥ – ٥٠ ، ويواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة والحساب ومهارات الحياة اليومية (خولة يحيى ، ماجدة عبيد ، ٢٠٠٥ ، ٢٦ – ٢٧) .

ويكون الفرد في هذه المتلازمة قصيراً ، لا يتجاوز طوله ٨٠ – ٩٠ سم في مرحلة الرشد ، ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية نتيجة لنقص إفرازات الغدة الدرقية لدى الأم الحامل ، وقد ترجع إلى عوامل مكتسبة لنقص عنصر اليود في غذاء الطفل بعد الميلاد ، الأمر الذي يؤدي إلى تلف المخ ، ويبدو على الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسي والحركي ، ويتأخر نمو الكلام ، وتتراوح درجة الإعاقة الفكرية في هذه الحالات ما بين الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة (فاروق صادق ، ١٩٨٧ ، ٥٥-٥٦) .

وتتمثل الخصائص العقلية لهذه الحالات في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقاييس الذكاء التقليدية ، وفي الغالب تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين ٢٥ – ٥٠ ، وتواجه هذه الحالات مشكلات تعليمية تبدو في صعوبة القراءة والكتابة والحساب وحتى مهارات الحياة اليومية أحياناً (فاروق الروسان ، ١٩٩٩ ، ٥٢) .

ويمكن علاج حالات القماءة طبياً ، ويزداد الأمل في شفاء هذه الحالات كلما بدأ العلاج مبكراً ، فيما عدا الحالات التي ترجع فيها القماءة إلى عدم وجود الغدة الدرقية (يوسف محمود ، وعبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٥ ، ٦٢) .

الشلل الدماغي Cerebral Palsy :

يتضمن الشلل الدماغي مجموعة من الاضطرابات تؤدي إلى عدم انتظام أو تناسق المهارات الحركية للفرد . ويعتبر عدم تناسق المهارات الحركية وعدم اتزانها من أهم المظاهر المنتشرة بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي . وقد تكون حركة العضلات بطيئة جداً ، أو سريعة جداً ، أو خليطاً من الاثنين . وقد ينتج هذا المرض عن نقص الأكسجين ، أو الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل ، أو الأورام السرطانية .... الخ . وقد تحدث الإصابة للطفل قبل الولادة أو أثناءها ، أو خلال فترة النمو الأولى ، وفي بعض الحالات تحدث الإصابة خلال مراحل النمو المتأخرة حتى سن الحادية والعشرين ، بيد أنها لا ترجع أساساً إلى أي ظروف صحية أخرى كالحوادث ، أو إصابة النخاع الشوكي (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٧ ، ١٨٠) .

وقد لاحظ " فرويد[1] Sigmund Freud عام ١٨٩٧ أن حالات ذوي الشلل الدماغي غالباً ما يعانون من مشكلات أخرى مثل الإعاقة الفكرية ، والاضطرابات البصرية ، والتشنجات (Parker & Parker ,2003 , 11) .

التصلب الحدبي Tuberous selerosis :

وصف هذا المرض Recklinghausen Friedrich von عام ١٨٦٢ ، حيث وصف حالة طفل يعاني من آفات في القلب والمخ ، وهذا الطفل مات بعد الولادة بفترة قصيرة ، ولكنه لم يحدد أسباب هذه الآفات . وفي عام ١٨٨٠ وصف Désiré Bourneville حالة رضيع تتشابه مع الحالة السابقة وأطلق عليها مصطلح tuberous sclerosis ، وفيما يتعلق بالآفات الجلدية لهذا المرض تم اكتشافها بعد ذلك بعقود بواسطة John Pringle الذي لاحظها على شخص معاق فكرياً . أما وصف أعراض الحالة كاملة فقد تمت على يد . (Gomez , et al . ,1999) .

---

(١) سيجموند فرويد ، طبيب نمساوي ، يهودي الأصل ، ولد في ٦ مايو ١٨٥٦ وتوفي في ٢٣ سبتمبر ١٩٣٩ ، مؤسس علم التحليل النفسي ، وهو الأب الروحي للتحليل النفسي له أفكار كثيرة في التحليل والعلاج النفسي ، فهو مؤسس مدرسة انشقت منها العديد من المدارس ، أثار جدلاً كبيراً بما قدمه من أفكار تعتبر جديدة على المجتمع في ذلك الوقت.

ويعتبر التصلب الحدبي مرض وراثي يحدث بسبب طفرات في الجين الوراثي TSC1 الموجود على الكروموسوم Chr . 9 q34 أو في الجين الوراثي TSC2 الموجود على الكروموسوم Chr . 16 p13.3 ويسبب العديد من المشكلات مثل الأورام الحميدة في المخ والكلية والقلب والجلد ، وتشوهات في الجلد ، وأمراض الكلية والعين والرئة . والتشنجات من الأعراض الشائعة للأطفال في السنة الأولى من العمر ، والصرع والإعاقة الفكرية واضطراب التوحد أكثر انتشاراً في أطفال في المرحلة العمرية من ٢ : ١٠ سنوات . وفي مرحلة المراهقة تبدو واضحة مشكلات الكلية والرئة (Riquet , et al .2010)

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ٦٠٠٠ حالة ولادة ، وهي تصيب حوالي ١ ، ٥ مليون شخص على مستوى العالم . وتحدث في جميع الأجناس والأعراق وتصيب الذكور والإناث بالتساوي .(Sybert & Hall , 1979)

ويتم التشخيص في مرحلة الطفولة عند الميلاد ، والبعض قد يتأخر تشخيصهم لفترات طويلة . ويتم التشخيص عن طريق الاختبار الجيني Genetic Testing أو عن طريق الفحص الدقيق بعد ولادة طفل مصاب بهذا المرض ، أو وجود أحد الأقارب يعاني من هذا المرض (Crino , et al . ,2008; Crino , et al . ,2006) .

ويتصف أفراد هذه الفئة بالإعاقة الفكرية ، وأن حوالي ٥٠٪ منهم مستوى ذكاؤهم أقل من المتوسط ، وأن حوالي النصف منهم يتصفون بالقدرة العقلية العادية ، وأن حوالي ٢٥٪ : ٥٠٪ منهم يعانون من اضطراب التوحد ، ويعانون من المشكلات السلوكية (Henry & Baskin , 2008;. Prather & de Vries , 2004) .

ويعاني ذوي متلازمة التصلب الحدبي الأطفال والمراهقين من المشكلات السلوكية والانفعالية ، فحوالي ٤٤٪ : ٦٩٪ يعانون من صعوبات في التواصل والتي تشمل : قصور التواصل عن طريق العين ، وتأخر اللغة والكلام . وتنتشر اضطرابات السلوك الفوضوي بين ٤٠٪ : ٥٠٪ والتي تشمل : النشاط الزائد وعدم الراحة والاندفاعية ، والتفجيرات العدوانية ، ونوبات الغضب ، وإيذاء الذات . ويعانون من المزاج الاكتئابي والقلق والخجل الزائد عن الحد . وتنتشر مشكلات النوم لدى ٢٠٪ : ٥٠٪ منهم . ويعانون من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

متلازمة بيكويث ويديمان Beckwith-Wiedemann syndrome :

وصف هذه الحالة الألماني Hans-Rudolf Wiedemann عام ١٩٦٤ عندما وصف بعض الحالات التي تتصف بتضخم اللسان ، وزيادة حجم الجسم ، وانخفاض مستوى السكر ثم قام الأمريكي J . Bruce Beckwith عام ١٩٦٩ بنشر بحث آخر عن هذه الحالات لذلك أطلق عليها متلازمة بيكويث ويديمان Beckwith-Wiedemann syndrome .

وتحدث هذه المتلازمة في الغالب عن طريق الوراثة السائدة ، ومع أن بعض الحالات قد تكون غير معروفة السبب إلا أنها في الغالب قد تحدث نتيجة طفرات أو حذف أو اضطراب في انتظام الجينات الوراثية الموجودة على الكروموسوم 11p15.5 ، وهي من الحالات النادرة التي تصيب الذكور والإناث ، وتنتشر بنسبة حالة كل ١٥٠٠٠ حالة . وعند التشخيص يجب أخذ الحذر ، حيث قد تتشابه مع بعض المتلازمات الأخرى (Maher & Reik , 2000) . وهناك من ١٠٪ إلى ١٥٪ من هذه الحالات غير معروفة السبب (Weksberg et al ., 2005) . وعرض Baple , et al (2010) حالة تتصف بنفس أعراض متلازمة بيكويث ويديمان يرجع السبب فيها إلى الخلل في المنطقة 12q24.31 .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالولادة المبكرة Premature Birth ، وتضخم حجم اللسان ، وتضخم حجم الجسم مع زيادة الوزن ، فتق بالسرة مع خروج بعض الأحشاء إلى الخارج ، وجحوظ العينين ، وانخفاض مستوى السكر ، ووجود وحمة حمراء في الوجه ، وبعض العيوب الخلقية بالقلب ، والتشنجات ، والإصابة بالسرطان . وشذوذ في الكلية ، ويتميز أفراد هذه المتلازمة بسمات وجه خاصة مثل : شذوذ الأذن والأذن المطوية ، والالتهابات ، وسن البلوغ لديهم طبيعي ، واختفاء الخصيتين في بعض الحالات قد يكون غير شائع بينهم ، وبصفة عامة هي متلازمة متعددة التشوهات . وقد يتأخر المشي ، ففي بعض الحالات قد يمكنهم المشي عند ١٨ شهرا (Weksberg , et al .2009; Weksberg , et al . ,2005) .

ويتصف ذوي هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية وقد يكون غير شائع بينهم ، والبعض منهم يتصف بالإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة ، ويعانون من تأخر في النمو

اللغوي ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبالرغم من ذلك يدخلون المدرسة العادية ، وبصفة عامة يعانون من الاضطرابات السلوكية (Fahmy , et al . ,1998; Baple , et al . ,2010)

متلازمة سليفر روسيل Silver-Russell syndrome :

تم وصف هذه المتلازمة من قبل H . K . Silver عام ١٩٥٣ ، وقدم A . Russell عام ١٩٥٤ تقريراً يصف فيه خصائص مجموعة من الأطفال يتصفون بالوجه المميز ، وانخفاض الوزن عند الولادة ، وعدم التناسق ، وتأخر النمو (Garcia , et al ,2012)

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ٥٠٠٠٠ أو حالة كل ١٠٠,٠٠٠ حالة ولادة ، وهي تحدث بسبب طفرات في الجينات الوراثية IGF2 H19 ، وقد ترتبط بعض هذه الحالات باستخدام تكنولوجيا التناسل المساعدة على التخصيب ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بتأخر النمو قبل الولادة وبعد الولادة ، وارتخاء العضلات ، وصعوبات في التغذية ، ونقص سكر الدم ، ويتصفون بالعرق المفرط لدى الرضع وخاصة في الليل ، ويتصفون بشحوب الجلد الذي ربما يكون ناتجا عن نقص السكر . ويتصفون أيضاً بالوجه المثلث ، والفك الصغير ، والدقن المدبب ، والفم مائل إلى أسفل ، وزرقة في بياض العين في الأطفال الصغار . وهناك خصائص رئيسية لهذه المتلازمة هي : انخفاض الوزن ، وقصر القامة ، وشكل الوجه المثلث ، وانحراف الأصبع الخامس من اليد (Garcia , et al ,2012; Eggermann , et al . ,2008) .

ويتصف بعضهم بالإعاقة الفكرية ، فالبعض أشار إلى أن حوالي ٢٥٪ منهم من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ، والبعض الآخر يتصفون بالذكاء العادي ولكن مع وجود صعوبات تعلم لدى البعض منهم ، ويعانون من صعوبات انفعالية وسلوكية ومعرفية تتضمن صعوبة الاحتفاظ بالانتباه ، وقصور التركيز ، ومشكلات في الذاكرة اللفظية المباشرة ، بالإضافة إلى صعوبات في اللغة والكلام والعمليات السمعية ، ومشكلات في القراءة والكتابة (Garcia , et al ,2012; Lai , et al , 1994; Saal ,et al . ,1985)

متلازمة ليش نيهان Lesch–Nyhan syndrome :

وصف هذه المتلازمة كل من Michael Lesch and Johns Hopkins عام ١٩٦٤ ، عندما وصفا حالة أخوين ، أحدهما عمره ٤ سنوات ، والآخر ٨ سنوات . وتم وصف هذه المتلازمة من قبل J . Edwin Seegmiller . وتحدث هذه المتلازمة بسبب طفرات في الجين الوراثي HPRT1 الموجود على الكروموسوم الجنسي (Kale , et al . ,2008)

ويتميز أفراد هذه المتلازمة بالخلل النيرولوجي Dysfunctionneurologic ، والاضطرابات المعرفية والسلوكية . ويتصف الذكور بتأخر النمو وتأخر البلوغ ، والنساء معرضات لخطر الإصابة بالتهاب المفاصل النقرسي . وبصفة عامة يتصفون بتأخر النمو الذي يكون واضحاً في الثلاثة شهور أو الستة شهور الأولى من العمر ، وارتخاء العضلات ، فبعضهم يتأخر في الجلوس ، ومعظمهم لا يستطيع الحبو أو المشي ، فقد يستخدمون الكرسي المتحرك مدى الحياة . والتشنجات ، وفرط رد الفعل ، وبعضهم يعانى من التهاب الدماغ (Oh , et Cochat , et al . ,2010 . al . ,2011;)

وتنشأ الاضطرابات المعرفية والسلوكية لديهم عند عمر سنتين أو ثلاثة سنوات ، فيتصفون بالإعاقة الفكرية ، وعدم القدرة على الكلام ، ويرتبط بهذه المتلازمة سلوك إيذاء الذات حيث يبدأ في فترة مبكرة من العمر وعادةً عند عمر ثلاثة سنوات ، ويأخذ سلوك إيذاء الذات أشكالا متعددة تبدأ من العض على الشفاة واللسان ، ومع تطور سلوك إيذاء الذات يظهر أكثر تكرراً لديهم عض الأصابع وخبط الرأس ، وقد يتزايد سلوك إيذاء الذات عند مواجهة المواقف الضاغطة ، ويعتبر سلوك إيذاء الذات سمة مميزة لهذه المتلازمة ، وينتشر بنسبة ٨٥٪ لدى الذكور . ويعاني معظمهم من الضعف المعرفي (Sikora , et al . ,2006;. Mak , et al . ,2000) .

وتنتشر بينهم العديد من الاضطرابات السلوكية والتي قد تكون امتداد نفسي لحالة كره الذات التي تتسبب في حدوث سلوك إيذاء الذات ، والتي تشمل : رفض الرغبة في التعامل ، ورفض السفر ، ورفض الإجابة الصحيحة على أسئلة الاختبار بالرغم من الرغبة في الدراسة والرغبة في النجاح ، وتصدر منهم سلوكيات قهرية مثل : العدوان ، والتقيؤ ، والبصق ، والبذاءة ، وقد تظهر بعض الاضطرابات السلوكية في

العام الأول أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، وباقي الاضطرابات قد تظهر خلال مراحل العمر (Levart , 2007; Srivastava , et al . ,2002; Scott , et al . ,2001) .

متلازمة بارديت وبيدل Bardet–Biedl syndrome :

كشف عن هذه المتلازمة كلاً من Arthur Biedl and Georges Bardet لذلك أطلق عليها متلازمة Bardet–Biedl syndrome . حيث قام Biedl عام ١٩٢٢ بوصف بعض الأعراض المرضية لأختين وكانت الأعراض المرضية هي انفصال الشبكية الصبغي ، وقصور في الغدد التناسلية ، والسمنة . ثم قام Georges Bardet بعد ذلك بعامين بوصف نفس الأعراض المرضية (Harnett , et al . ,1988) .

وتعرف متلازمة بارديت وبيدل Bardet–Biedl syndrome بأنها اضطراب وراثي جسمي متنحي ، وتتميز هذه المتلازمة ببعض الملامح الإكلينيكية مثل : التهاب الشبكية الصبغي ، وزيادة عدد أصابع اليدين والقدمين polydactyly ، والسمنة obesity ، وصعوبات التعلم ، وقصور الغدد التناسلية hypogonadism ، وشذوذ الكلية renal anomalies ، والسكري diabetes mellitus ، والموه الرحمي المهبلي hydrometrocolpos ، وأمراض القلب الخلقية congenital heart disease ، والإعاقة الفكرية (Blacque & Leroux 2006 ;Dippell & Varlam , 1998) .

ويتم تشخيص هذه المتلازمة بناءً على الأعراض الأساسية والتي تتمثل في السمنة المفرطة ، وزيادة عدد الأصابع ، وقصور الغدد التناسلية ، وضمور القضيب لدى الذكور . وهناك أعراض ثانوية تتمثل في الإعاقة الفكرية ، وتأخر الكلام وتأخر المشي ، وعدم النضج الانفعالي ، والنوبات ، والوسواس القهري ، والاكتئاب ، وقصور في السلوك الاجتماعي ، والمشية غير الطبيعية ، والسكري ، والعيوب الخلقية في القلب ، وأمراض الكبد ، وفقدان السمع ، وتقوس الحنك ، وصغر حجم جذور الأسنان ، ونقص الأسنان . وتعتبر متلازمة بارديت وبيدل متلازمة معقدة قد تحدث لخلل جيني ، وبلغ عدد الجينات الوراثية المسئولة عن هذه المتلازمة ١٢ جين وراثي منتشرة على الكروموسومات أرقام ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٧ ، ١١ ، ١٢ ، ١٦ ، ٢٠ (Tobin & Beales , 2007) .

متلازمة ريت Rett's Syndrome :

تحدث هذه المتلازمة بسبب طفرات في الجين الوراثي mecp2 الموجودة بالقرب من نهاية الذراع الطويل لكروموسوم الجنس chromosome X عند المنطقة xq28 ، وهذه الطفرات قد تحدث بشكل متقطع أو بشكل جرثومي . وتم العثور على وصف لهذه الحالات في التراث الألماني في الفترة من ١٩٦٦ إلى ١٩٦٩ ، وقد وصف هذه الحالة أول مرة الأسترالي Andreas Rett عام ١٩٦٦ ، حيث كشف عن ٢٢ حالة من الإناث مصابات بهذا الاضطراب ، وكان حريصاً على إلقاء محاضرات عن هذه الحالة في النمسا وألمانيا . ونشر مقالة ثانية عن كفاءة الموسيقى في ضبط سلوك هذه المتلازمة .
(Leonard , et Hagberg & Hagberg ,1997; Hagberg , et al . ,1983 : al . ,1997)

وصف هذه الحالة Bengt Hagberg وزملائه في السويد عام ١٩٨٣ ، حيث وصف ٣٥ حالة تتميز بملامح إكلينيكية لافتة للنظر ، ومن هذه الملامح اضطراب التوحد التدريجي ، وفقدان حركة اليد الهادفة ، وصغر حجم الرأس . ومنذ ذلك الوقت أصبحت متلازمة " رايت " من المتلازمات المعروفة في جميع أنحاء العالم ، ويتأثر بها الإناث . وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة ١٠ حالات لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة أنثى . وتشير بعض التقارير إلى ارتفاع معدل الإصابة بهذه المتلازمة لتحتل المرتبة الثانية في الانتشار بعد متلازمة داون . (Hagberg & Hagberg ,1997; Hagberg , et al . ,1983 Leonard , et al . ,1997)

وكشفت بعض الدراسات أن حوالي ٩٥٪ من حالات "ريت" لا يرثون المرض عن طريق الآباء ؛ فالآباء عموماً قد يكونوا عاديين بدون طفرات في الجين المسبب لهذه الحالة (Trappe , et al . ,2001) .

وبصفة عامة متلازمة " ريت " اضطراب شديد في النمو العصبي يتميز بفقدان الوظيفة العقلية ، ويتصفون بقصور في المهارات الحركية الدقيقة والمهارات الجسمية ومهارات التواصل . وتباطؤ نمو الرأس ، وحركات اليد النمطية ، وغالباً ما يصابون بالتشنجات ، واضطراب التنفس مع سرعة التنفس ، وتوقف التنفس الدوري ، وانحناء العمود الفقري[1] ، وتأخر النمو ، والمشي غير الطبيعي (Hagberg ,1993) .

---

(١) الجنف scoliosis

ويتميز أفراد متلازمة "ريت" ببعض الملامح التي تنتج عن طفرات الجين الوراثي mecp2 ، ومن هذه الملامح انخفاض معدل نمو الرأس ، فبعضهم يتصف بصغر حجم الدماغ ، وحركات الأيدي النمطية التكرارية مثل : فرك اليدين ووضع اليدين بصفة متكررة في الفم ، وهم عرضة لاضطرابات الجهاز الهضمي ، ويعتبر الإمساك مشكلة كبيرة لديهم فهو شائع بينهم ، وحوالي ٨٠٪ منهم لديهم تشنجات (Andrew , 2010)

وتبدو مشكلات الحبو والمشي بصورة واضحة لدى أفراد متلازمة "ريت" ، فمعظمهم يبدأ الحبو في وقت متأخر ، ويأخذ الحبو صيغا وأشكالا غير طبيعية مثل : السرعة في الحبو ، وقفز الأرنب ، وقد يبدأون المشي في وقت متأخر أيضاً عن أقرانهم العاديين ، وقد يبدأون بالمشي على أصابع القدم ، وتتطلب هذه المشكلات علاج طبي مكثف فهم بصفة عامة يعانون من قصور التآزر والتوازن .

وتعتبر اللاأدائية مشكلة كبيرة لدى أفراد متلازمة "ريت" ، ومصطلح اللاأدائية مصطلح واسع يرتبط بصعوبات في أداء الأفعال الحركية المطلوبة ، أو في تعلم الوظائف الجديدة ، واللاأدائية مستمدة من عجز في العمليات الحسية ، وأن هذه الصعوبات قد تؤثر على المجالات الوظيفية مثل التغذية ، والمشي والكلام ، ووظيفة اليد (Lotan & Ben-Zeev ,2006 , 1522-1524)

وتتشابه حالات متلازمة " ريت " بملامح أفراد ذوي الشلل الدماغي Cerebral Palsy ومتلازمة إنجلمان Angelman Syndrome واضطراب التوحد Autism .

وتم إدراج متلازمة " ريت " في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR ضمن فئة الاضطرابات النمائية المنتشرة[1] ، وهذا جنباً إلى جنب مع اضطراب التوحد واضطراب الطفولة التفككي[2] وأحياناً قد يتم تشخيص هذه المتلازمة بطريقة خاطئة ، حيث قد يكون هناك بعض التشابه بين أعراض وملامح متلازمة "ريت" وأعراض وملامح المتلازمات الأخرى مثل متلازمة " كروموسوم الجنس الهش[3] "ومتلازمة[4] داون" و "التصلب الحدبي"[5] والذي قد يُلاحظ عليهم بعض خصائص

---

(1) pervasive developmental disorders
(2) childhood disintegrative disorder
(3) Fragile X Syndrome
(4) Down's Syndrome
(5) Tuberous Selerosis

اضطراب التوحد . ويتطلب ذلك تشخيص فارق للفصل بين أعراض متلازمة "ريت" والاضطرابات والمتلازمات الأخرى (Lotan & Ben-Zeev ,2006 , Tsai , 1992 1522-1523;)

وتم تشخيص هذه المتلازمة بناءً على معايير أولية يجب أن تأخذ في الاعتبار عند تشخيص هذه الفئة ، وتشمل التعرف على ظروف الحمل والظروف أثناء الولادة ، وقد يكون محيط الرأس عادي عند الولادة ، ولكن قد يحدث تباطؤ لنمو الرأس بعد الولادة ، وفقدان مهارات اليد الهادفة في الفترة بين ٦ - ٣٠ شهراً . وحركات اليد النمطية ، وتطور الانسحاب الاجتماعي ، وفقدان القدرة على اكتساب الكلام ، وضعف التواصل ، والعجز المعرفي ، وتدهور أو ضعف القدرة على الحركة والتنقل . واضطراب التنفس عند الاستيقاظ ، واحتكاك الأسنان ببعضها البعض أو ما يعرف بقرض الأسنان[1] ، واضطراب النوم ، وانحناء الظهر التدريجي ، والأيدي والأقدام الباردة (Hagberg , et al . , 2001) .

ويحدث الصرع لدى ٣٠٪ : ٩٠٪ من أفراد هذه المتلازمة ، وقد يكون الصرع أكثر تكراراً عندما تستقر الإصابة بهذه المتلازمة . أي في نهاية المرحلة الثانية من مراحل تطور الإصابة بهذه المتلازمة وعادة في الفترة من ٢ : ٥ سنوات . وعادة يستمتعون بالطعام حيث يتطور الإحساس بالتذوق مع ظهور أفضلية واضحة لبعض أنواع الطعام . ويعانون من مشكلات في النوم ، وخصوصاً في المرحلة الثانية والثالثة من الإصابة بالمرض ، فبعضهم يجد صعوبة في الاستغراق في النوم . وبعضهم يعاني من مشكلات في الرؤية .

وتمر متلازمة "ريت" بأربعة مراحل هي :

- المرحلة الأولى : ويطلق عليها المرحلة المبكرة Early Onset Stage : وتنحصر هذه الفترة بين ٣ شهور وحتى ٣ سنوات ، وتتميز هذه الفترة بانخفاض أو فقدان المهارات المكتسبة ، مثل : وظيفة اليد الهادفة ، ومهارات النطق ومهارات الاتصال . ويدخل البنات في فترة قصيرة من تأخر النمو .

---

(١) قرض الأسنان Bruxism : وهي حالة عشوائية تتمثل في طحن الأسنان ببعضها البعض ، وينتج عن ذلك تآكل في الأسنان والذي قد يؤدي إلى صداع وألم في الرقبة والظهر ومفاصل الفكين .

- المرحلة الثانية : ويطلق عليها المرحلة المدمرة السريعة Rapid Destructive Stage : وتشمل المرحلة العمرية من سنة وحتى أربعة سنوات . وتتميز هذه المرحلة بالتراجع السريع في المهارات الحركية واللغوية ، وأحد هذه الخصائص الصراخ الزائد عن الحد ، ونوبات البكاء ، في الفترة من ١٨ : ٢٤ شهر ، وتظهر في هذه المرحلة خصائص اضطراب التوحد .
- المرحلة الثالثة : ويطلق عليها مرحلة الهضبة Plateau Stage : وتستمر من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى مرحلة الرشد ، وتتميز هذه الفترة بمشكلات في الأداء ومشكلات في الحركة والتي تكون أكثر وضوحاً في هذه الفترة الطويلة ، والفرد في هذه المرحلة أقل تهيجاً وأكثر وعياً بالأشياء المحيطة به . وتستمر هذه المرحلة عادة عدة عقود ، ويستطيع الفرد أن يحقق بعض الإنجازات في مختلف المجالات .
- المرحلة الرابعة : ويطلق عليها مرحلة التدهور الحركي الأخيرة Late Motor Deterioration Stage : وتتميز هذه بتدهور الحركة والقدرة على التنقل ، وبالرغم من التدهور في الحركة إلا أنه لا يوجد انخفاض في مهارات التواصل أو مهارات اليد . وقد يظهر لديهم اختلال في العضلات ، وتشوهات في القدم واليد عندما يكبرون في العمر (Lotan & Ben-Zeev ,2006) .

والأفراد ذوي متلازمة "ريت" قدراتهم العقلية في حدود الإعاقة الفكرية الشديدة Severe والإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound ، ويتم تقييم القدرات العقلية لدى متلازمة "ريت" من خلال اختبارات الذكاء التقليدية والقدرات اللغوية ووظيفة اليد ، وهناك دراسات وبحوث تشكك في نظم تعليم هؤلاء الأطفال إلا أن عددا كبيرا من البحوث والدراسات أشارت إلى أن هؤلاء الأطفال يمكنهم التعلم إذا ما تم التعزيز من خلال عوامل تحفيزية مناسبة ، ومن الواضح أيضا أن التعليم يشمل المهارات الأساسية الأولية أو ما قد يعرف بمحو الأمية ، فقد يكون الضعف في النمو اللغوي من خصائصهم (Elefant & Wigram , Koppenhaver , et al . ,2001; Elefant , 2001 2005;)

ويعاني أفراد هذه المتلازمة من قصور في مهارات التواصل ، فهم يجدون صعوبة في التواصل في البيئة المحيطة بهم ، والذي يترتب عليه قصور في توافقهم الاجتماعي والانفعالي ، ولكن عندما تكون دافعية التلاميذ عالية بدرجة كافية ، وعندما تكون البيئة محفزة فإن الطلاب قد يكونوا قادرين على التعبير عن رغباتهم واحتياجاتهم ، وهذا يؤدي بشكل كبير إلى تحسين نوعية الحياة لديهم ، والبعض منهم قد يعتمد على الصور ولغة الجسم والإيماءات كوسيلة للاتصال
. (Elefant , 2003; Sigafoos , 2000; Sigafoos , et al . ,1999)

ويتصف أفراد هذه المتلازمة ببعض الخصائص الانفعالية ، فقد يشعرون بالارتباك الزائد عن الحد والذي يؤدي إلى الإحباط والغضب والخوف والحزن والدهشة وفقدان الإحساس ، وهناك تغيرات سلبية في التعبير الانفعالي قد تُعزى إلى بعض المشكلات التي يعاني منها أفراد هذه المتلازمة مثل : فرط التنفس وألم الإمساك والبيئة الصاخبة .

ويحتاج المصابون بمتلازمة " ريت " إلى تدخلات علاجية متنوعة ، فالعلاج الطبي مفيد في علاج الأعراض المصاحبة لهذه المتلازمة . ويواجه ذوي متلازمة " ريت " صعوبات جسمية حادة فحوالي ٦٥٪ : ٨٥٪ قد يعانون من انحناء في العمود الفقري الأمر الذي يجعل التدخل بالعلاج الطبيعي ضروري لمنع تفاقم مثل هذه المشكلات ، وبعضهم يحتاج إلى العلاج الطبيعي في المستوى البسيط والبعض الآخر قد يحتاج إلى تدخلات جراحية .

ويعاني أفراد هذه المتلازمة من قصور حسي يترتب عليه مشكلات مثل : قصر فترة الانتباه ، والقصور الوظيفي في حركة اليد ، وحركات اليد النمطية والذي يتطلب علاج مهني مكثف . ويعانون من مشكلات في الكلام وخاصة اللغة التعبيرية ، فهم في حاجة إلى علاج مشكلات الكلام ، بالإضافة لتطوير لغة الجسم والتواصل بالعين والإيماءات .

ولاحظ الباحثون استجابة هؤلاء الأفراد عالية جداً للموسيقي ، وبما أن مدخل العلاج بالموسيقى مدخل علاجي مهم ، فيمكن استغلال دافعية الطلاب ورغبتهم في الاستماع إلى الموسيقى في التفاعل والتواصل مع البيئة من خلال الأنشطة الموسيقية ، بالإضافة إلى تطوير مهارتهم الجسمية والحسية والمعرفية والوجدانية .

ويواجه ذوي متلازمة "ريت" صعوبات كثيرة تؤثر على العديد من أنشطة الحياة اليومية ولكي نسهّل عليهم عملية العلاج الطبيعي فقد يحتاجون إلى عامل وسيط ، ومن العوامل الوسيطة المفضلة هو الماء ، حيث يساعد الماء الدافئ على خفض التشنج ، وخفض مشكلات العضلات الصلبة . بالإضافة إلى دعم الوضع غير المتوازن للعميل . فالماء يمثل عامل تحفيز ضخم . وقد يساعد في تهدئة الشخص الذي يخاف من الحركة ، ففي الماء الأفراد ذوي متلازمة " رايت " قادرون على الحركة في الماء ببطء وبحرية وبسهولة كبيرة بدون خوف من السقوط أو إيذاء النفس . ويجب أن يتوافق العلاج بالماء Hydrotherapy مع فنيات العلاج الأخرى مثل التعزيز والاسترخاء (Lotan & Hadar-Lotan &Shapiro , 2005; Frumer ,2004 , 2002)

والعلاج بركوب الخيل Hiporehabilitace هو جزء من مجموعة من الخبرات المعروفة باسم " الأنشطة المساعدة بالخيل Equine-Assisted Activities ، والعلاج بركوب الخيل يشير إلى استخدام حركة الحصان من قبل الفنيين المهرة والمدربين والمرخص لهم في علاج العاهات ، والوظائف المحدودة ، وصعوبات الأشخاص ذوي الاضطرابات العصبية ، وفي علاج مشكلات العضلات والهيكل العظمي والمشكلات السلوكية . وهذا المدخل العلاجي جزء من المدخل العلاجي المتكامل الذي يهدف إلى تحسين الوظائف . ويزود مدخل العلاج بركوب الخيل المشاركين مجموعة من الخبرات الحسية من خلال تغيير الموقف على الحصان .

وقد يُسهم العلاج بركوب الخيل في تحقيق العديد من الأهداف لدى ذوي متلازمة " ريت " فهو يعمل على تحسين حركة المفاصل ، وضبط التوازن والتآزر ، والتحمل ، والحركات الإيقاعية (Lotan & Ben-Zeev ,2006 ,1535) .

متلازمة برادر ويلي "15q Deletion" Prader-Willi syndrome :

تم التعرف على هذه المتلازمة عام ١٩٥٦ عندما عرض كلاً من Prader & Willi بحث في المؤتمر الدولي الثامن لطب الأطفال في كوبنهاجن ، حيث عرضا في هذا البحث حالات تتميز بصفات خاصة تتمثل في الإعاقة الفكرية ، والبدانة ، وتأخر النمو ، وعدم اكتمال الأجهزة الجنسية . ثم توالت البحوث والدراسات التي كشفت عن خصائص هذه المتلازمة وأسبابها . وعرفت هذه الحالات بمتلازمة " برادر " ويلي Prader-Willi syndrome نسبة لمكتشفيها .

ويرى وينار وكيرنق (٢٠٠٠) أن هذه الحالة تعزى إلى حذف الكروموسوم رقم ١٥ في غالبية الحالات . والأطفال بهذه الحالة تكون إعاقتهم الفكرية بسيطة الدرجة . ويلاحظ عليهم البدانة بسبب شراهتهم للطعام ، وهم يقررون الإحساس بالشبع فقط بعد تناولهم كميات كبيرة من الطعام مقارنة بالعاديين (السيد الشربيني ، ٢٠٠٨ ، ١٩٠) .

وبعض هذه الحالات تعاني من الإعاقة الفكرية المتوسطة . فتؤكد دراسة (Tsz Mt , e al . 2007) إلى أن أطفال المدارس من ذوي أعراض "متلازمة برادر ويلي" تكون إعاقتهم الفكرية من الدرجة المتوسطة ، وبذلك يمكن تصنيفهم في فئة الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب .

متلازمة مواء القطط Cri-du-Chat Syndrome or 5p Deletion :

يطلق على هذه المتلازمة مواء القطط ، لأن طفل هذه المتلازمة يصدر عنه بكاء غريب يشبه مواء القطط . ويحدث نتيجة لقطع أو نقص أو حذف الطرف الصبغي القصير من الكروموسوم الخامس . وهي متلازمة نادرة الحدوث ، وتصيب الذكور والإناث . وتختلف خصائص كل حالة عن الأخرى ، فيتصفون بقصر القامة ، وصغر حجم الرأس ، وقصر الرقبة ، والوجه المستدير ، وارتفاع سقف الحلق ، وتشوهات جسمية متعددة مثل : تشوهات في القلب ، ومشكلات في العمود الفقري ، وتشوهات في أصابع اليد والقدم .

ويعاني بعض المصابين بهذه المتلازمة من الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة ، وهم بالتالي من فئة القابلين للتدريب في التصنيف التربوي للإعاقة الفكرية .

ويموت المصابون بمرض مواء القطط عند الولادة وفي مراحل الطفولة المبكرة ، والكروموسومات الناقصة لا تورث إلى النسل ، ولكن وجد "ليجون وزملائه" أنه أحياناً يدخل هذا النقص في انتقال متبادل ، وبالتالي يمكن أن يورث . فعندما ينتقل الذراع القصير للكروموسوم الخامس إلى الكروموسوم رقم ١٥ فيصبح الانتقال الخليط محمولاً في آباء طبيعيين إلا أن بعض الجاميطات "تكوين الخلايا الأحادية بمعنى مختزلة العدد الكروموسومي" تحمل الكروموسوم الناقص من الزوج الكروموسومي الذي حدث به الانتقال "وبه حالة نقص" ، والأطفال التي ترث الكروموسوم الخامس

المحتوي على النقص يظهر بها متلازمة مواء القطط (جاردنر ، سنستاد ، ١٩٩٩ ، ٣٨٧) .

متلازمة إنجلمان "15q Deletion" Angelman syndrome :

يعتبر الطبيب الإنجليزي Harry Angelman أول من وصف هذه المتلازمة وسميت باسمه ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالوجه المميز ، وصغر حجم الرأس ، ويعانون من التشنج والحركات اللاإرادية ، وينتج عن فقدان جزء من الكروموسوم رقم ١٥ من جانب الأم ، وهذا الجين يسمى UBE3A gene حيث يكون هناك نقص في هذا الجين المورث من الأم أو يحدث تغير mutation في هذا الجين المورث من الأم فيصبح موجودا لكنه غير عامل أي كأنه غير موجود فلا يؤدي وظيفته . ، وفي حالة الفقدان من جانب الأب يطلق عليه متلازمة Prader-Willi syndrome. ويطلق عليها أيضاً متلازمة الدمية السعيدة Happy Puppet Syndrome .

وبعض هذه الحالات تعاني من الإعاقة الفكرية المتوسط . فتؤكد دراسة أن أطفال المدارس من ذوي متلازمة Angelman syndrome تكون إعاقتهم الفكرية من الدرجة المتوسطة ، وأن ذوي متلازمة Angelman syndrome أكثر احتمال للإصابة بالإعاقة الفكرية الشديدة من ذوي متلازمة Prader-Willi syndrome ، وبذلك يمكن تصنيفهم في فئة الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب .(Tsz MT , et al . 2007)

متلازمة إدواردس Edwards syndrome أو "Trisomy 18" :

ويطلق على هذه الحالة تثلث الجين Trisomy 18. ويطلق على هذه المتلازمة أيضا متلازمة Edwards syndrome نسبة إلى John H . Edwards الذي وصف هذه الحالة لأول مرة عام ١٩٦٠. وهي التثلث الصبغي الثاني الأكثر شيوعاً بعد متلازمة داون .

وتثلث الجين ١٨ أو متلازمة إدوارد تحدث نتيجة زيادة في الذراع القصير للكروموسوم رقم ١٨ ، وتتصف هذه الحالة بشذوذ طفيف في الوجه ، والإعاقة الفكرية ، واختفاء الخصيتين أو قد تكون الخصية معلقة . والإعاقة الفكرية لهذه الفئة من النوع المتوسط الدرجة . وبالتالي تقع هذه الفئة في فئة القابلين للتدريب (Mabboux , et al .2007) .

ويتصف أطفال هذه الفئة بعيوب في القلب عند الولادة ، وتشوهات في الكلية ، وتأخر النمو ، والإعاقة الفكرية ، وصعوبات في التغذية ، وصعوبات في التنفس ، واضطرابات في المفاصل عند الولادة . وبعض حالات متلازمة إدوارد يتصفون بصغر حجم الدماغ Microcephaly ، والأذن المشوهة malformed ears ، والفك صغير بشكل غير طبيعي abnormally small jaw ، والأنف المقلوب upturned nose ، والعيون متباعدة widely spaced eyes ، وتدلي الجفون العليا drooping of the upper eyelids ، وعظم الثدي القصير a short breast bone ، وتأخر نمو الأظافر والبنان . وانخفاض الوزن عند الولادة ، وشكل الصدر غير عادي (Annie & Wilfond , 2012)

ويتم تشخيص بعض الأطفال من التثلث الصبغي ١٨ بعد الولادة ، ويتم تشخيص الغالبية منهم قبل الولادة من خلال فحوص ما قبل الولادة . ويوجد نوعين من الاختبارات مستخدمين في هذا المجال هما : اختبارات الفحص ، واختبارات التشخيص ، واختبارات الفحص توضح احتمال خطر إصابة الجنين بالتثلث الصبغي ١٨ ، بينما الاختبارات التشخيصية تزودنا بالتشخيص الفعلي للتثلث الصبغي ١٨. وهذه المتلازمة قد تصيب الذكور والإناث ، وهي أكثر انتشاراً بين الذكور بنسبة ٣ : ١ . (Rodeck & Whittle ,1999)

ونصف الأطفال من هذه المتلازمة لا يعيشون ، فقد يموتون خلال الأسبوع الأول من الولادة ، والنصف الآخر قد يعيشون حتى مرحلة المراهقة ولكن مع وجود مشكلات صحية كبيرة وتأخر في النمو . وقد يحتاج الآباء إلى الإرشاد الجيني Genetic counseling ليعرفوا وضع الحالة وكيفية تقديم الرعاية لها ، وكيفية تفادي خطر الإصابة بهذه المتلازمة . ويحتاج أطفال هذه الفئة إلى مداخل علاجية متنوعة ، وقد يختلف العلاج من حالة إلى أخرى ، فالعلاج يجب أن يخطط بحيث يناسب ظروف كل حالة . (Hurt , et al . 2007)

ويمكن الوقاية من خطر التعرض لهذه المتلازمة من خلال الفحوص التي تتم أثناء الحمل لمعرفة إذا ما كان الجنين معرض للإصابة بهذه المتلازمة أما لا ، ونوصي بالاختبارات الجينية للآباء والأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من هذه المتلازمة ، والذين يرغبون في إنجاب أطفال آخرين (Papp , et al . , 2007) .

متلازمة روبينشتاين – تايبي Rubinstein-Taybi Syndrome :

وصف هذه المتلازمة "ميخائيل وزملائه" عام ١٩٥٧ Michail; Matsoukas & Theodorou . ثم جاء كلاً من Jack Rubinstein & Hooshang Taybi في بحث لهما بتوضيح طبيعة وخصائص هذه المتلازمة لذلك أطلق عليها متلازمة متلازمة روبينشتاين – تايبي Rubinstein-Taybi Syndrome نسبة إلى مكتشفيها . ويطلق على هذه المتلازمة " متلازمة الأصبع الكبير " نظرا لما يتصف به أفراد هذه الفئة من كبر حجم الأصبع الكبير والسبابة في اليدين والقدمين ، ويطلق عليها أيضاً حالة RSTS أو حالة RTS (Stirt , 1981 ,540) .

ويتصف أفراد هذه الفئة بتأخر النمو العقلي والحركي ، حيث يتراوح ذكاؤهم بين ٣٠ : ٧٩ ، وبعض الحالات منهم صغيري الرأس Microcephaly ، وبعض منهم كبيري الرأس Macrocephaly ، ويتصفون بتأخر نمو العظام ، وقصر القامة إلى حد ما ، واختفاء الخصيتين لدى الذكور Cryptorchidism ، وقد يعانون من مشكلات أخرى تتعلق بالخصية ، والوجه غير العادي ، حيث يأخذ الأنف والحنك والعين شكل غير عادي أو شاذ ، وتدلي الجفون ، ويعانون من مرض العيون "المياه البيضاء Cataracts" ، ومرض "كولوبوما Coloboma " ، ونطاق الفم ضيق وصغير ، وأفراد هذه المتلازمة معرضون للإصابة بالأورام السرطانية وغير السرطانية ، وسرطان الدم ، وسرطان الغدد الليمفاوية ، وأنواع معينة من أورام المخ . ويعانون من اضطرابات في القلب والكلى . ومشكلات في الأسنان ، وبدانة الجسم ، ومهددون بالإصابة بالأمراض المعدية ، وقد يكون مشيهم متصلبا وغير مستقر ، وتختلف هذه الصفات من فرد إلى آخر ممن يعانون من هذه المتلازمة (Dearlove& Perkins , 2003 , 400) .

وهذه المتلازمة غير شائعة حيث تحدث حالة كل ١٢٥,٠٠٠ حالة ولادة . ويرى آخرون أن أفراد هذه المتلازمة ينتشرون بنسبة حالة كل ١٠٠,٠٠٠ أو ١٢٥,٠٠٠ حالة ولادة . والرضع الذين يولدون بالنمط الحاد من هذه المتلازمة قد يكون من الصعب بقاءهم على قيد الحياة (Galéra , et al . 2009 , 1258) .

وتحدث معظم الحالات نتيجة لخلل في الجين الذي يؤدي إلى مواد بروتينية غير طبيعية تسمى Crebbp وأيضاً Ep 300 ، والأفراد الأكثر معاناة من هذه المتلازمة قد

يفقدون هذا الجين تماماً . وبعض الحالات لا تحدث نتيجة الوراثة ولكن قد تحدث أثناء نمو الجنين في الرحم (Petrij , et al . ,1995 , 150) .

ويتصفون بالإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate والشديدة Severe ، ويمكن لأفراد هذه المتلازمة تعلم القراءة في مستوى المرحلة الابتدائية . وقد يعانون من تأخر في النمو الحركي . وقد يعانون من مشكلات انفعالية ، فهم عطوفين ، ويعانون من النشاط الزائد ، وقد تكون اتصالاتهم مقبولة إلى حد ما ، وهم أكثر عاطفة وانفعالا ، وأكثر شعوراً بالكوابيس Nightmares ، ويبدو عليهم العبوس كثيراً ، ومدى انتباه قصير (Goots & Liemohn ,1977) .

وكشفت دراسة أخرى أن حوالي ٩٥٪ من أطفال هذه المتلازمة يعانون من قصر مدى الانتباه ، وحوالي ٦٥٪ يتصفون بسلوك الإثارة الذاتية مثل : التأرجح ، ورفرفة اليد ، والدوران في المكان ، وحوالي ٤٦٪ يكرهون الأصوات العالية لذلك لا يندمجون في مواقف الزحام بسبب الضوضاء ، وحوالي ١٠٪ يعانون من قصور دال في السلوك التكيفي (Stevens , et al . 1990) .

وكشفت دراسة أخرى أن أطفال هذه المتلازمة يعانون من الاضطرابات الانفعالية ، واضطراب التصرف ، واضطراب العناد المتحدي ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطرابات القلق ، والمشكلات الجسمية ، والاضطرابات الداخلية والخارجية (Gale´ra , et al . ,2009) .

ويمكن تشخيص هذه المتلازمة عن طريق تحليل الدم ، أو باستخدام الأشعة السينية ، أو الاختبارات الجينية . ويتم التشخيص بناء على الملامح الإكلينيكية ، حيث يتميز أطفال هذه الفئة بتأخر النمو ، وصغر حجم الرأس ، وملامح الوجه الشاذة ، واتساع الإبهام Broad Thumbs ، الأصابع الكبيرة ، الصعوبة في تغذية حديثي الولادة منهم ، وصعوبة تنفس حديثي الولادة أيضاً ، والعيوب الخلقية في القلب ، والشذوذ الكروموسومي لدى ٥٥٪ منهم ، وقد يكون في الكروموسوم رقم ١٦ (Hennekam 2006; Stef et al . 2007) .

وفيما يتعلق بالعلاج لا يوجد علاج محدد لأفراد هذه الفئة ، ولكن يلجأ الأطباء للجراحات لإصلاح ما يتعلق بالجسم . ويمكن علاج مشكلات السمع والبصر . ويجب علاج مشكلات التغذية لدى الرضع . وقد يستخدم الإرشاد الجيني Genetic

counseling لتقديم الفحوصات والتوجيهات المناسبة للآباء الذين لهم تاريخ عائلي لهذه المتلازمة ويخططون لإنجاب طفل جديد .

متلازمة باتاو "Trisomy 13" Patau's syndrome :

يطلق على هذه المتلازمة متلازمة باتاو Patau's syndrome أو التثلث الصبغي الثالث عشر 13trisomy ، وهي ناتجة عن الثلث الصبغي الثالث عشر ، ويطلق عليها متلازمة باتاو نسبة إلى مكتشفها Klaus PatauDr. في عام ١٩٦٠ ، وإن كان قد لاحظها Thomas Bartholin في عام ١٩٥٧. ولكن " باتاو" قد أكد على طبيعة هذا المرض . وقد وُصفت متلازمة باتاو أيضا في قبائل جزر المحيط الهادئ (Annie & Wilfond , 2012 , 295)

وفضلاً عن التثلث الصبغي الثالث عشر لهذه المتلازمة ، أي أن الكروموسوم ١٣ يتكون من ثلاثة صبيغات بدلا من اثنين كما هو المعتاد ، هناك نسبة صغيرة من هذه الحالات قد تحدث عند البعض عندما تكون خلايا الجسم لديها نسخة إضافية ، ويطلق على هذه الحالات حالة الفسيفساء Mosaic Patau ، والبعض الآخر من هذه الحالات قد تحدث نتيجة ارتباط جزء من الكروموسوم الثالث عشر بكروموسوم آخر ، إلا أن هناك بعض التقارير تعتقد أن هذا المرض ناتج عن الإشعاعات الصادرة عن اختبارات القنبلة الذرية . وبلغت نسبة المصابين بهذه المتلازمة في إنجلترا وويلز حوالي ١٧٢ حالة في الفترة ما بين ٢٠٠٨ : ٢٠٠٩. وكانت حوالي ٩١٪ من هذه الحالات مشخصة قبل الولادة . وقامت ١١١ من الأمهات الحوامل بعملية إجهاض abortion اختياري . ومات حوالي ٤٠ حالة في مرحلة الجنين . وحوالي ٣٠ حالة غير معروف مصيرهم . وحوالي ١٧ حالة عاشت بعد الولادة . وحوالي ٤٪ من حالات باتاو غير معروفة السبب قد تعيش بعد الولادة . وهناك نسبة بسيطة من حالات باتاو قد اجتازوا مرحلة الطفولة وعاشوا حتى مرحلة الرشد . وقد يجد الرضع صعوبة في البقاء على قيد الحياة عدة أيام أو الأسابيع القليلة الأولى بسبب المشاكل العصبية الحادة أو عيوب القلب المعقدة . وأكثر من ٨٠٪ من الأطفال الذين يعانون من متلازمة باتاو يموت في غضون السنة الأولى من العمر (Ashoor , et al . ,2013) .

وتتصف حالات متلازمة باتاو بالإعاقة الفكرية ، والاضطراب الحركي motor disorder ، وصغر حجم الدماغ Microcephaly ، وتشوه الجزء الأمامي من الدماغ ، والخلل في العين مثل : الخلل في نسيج الشبكية أو انفصال الشبكية ، ورأرأة العين ، والمياه البيضاء cataract ، والخلل في العصب البصري . وعيوب في العمود الفقري . وبروز كعب الرجل ، والقدم المشوه ، وفتاق في البطن ، والجسم نحيل بشكل غير عادي ، وتداخل الأصابع حول الإبهام ، وفقدان جزء من الجلد أو الشعر ، والحنك المشقوق Cleft palate ، والشفة المشقوقة ، الأعضاء التناسلية غير طبيعية Abnormal genitalia ، وعيوب في الكلية Kidney defects ، وعيوب في القلب Heart defects (Wataganara , et al . 2003 , 204 – 208) .

ويحتاج أطفال متلازمة باتاو للعلاج الطبي Medical Management الذي يختلف من حالة إلى أخرى ، ويجب أن يكون مخططا ليناسب كل حالة على حدة ، ويركز العلاج هنا على النواحي الجسمية . وقد يحتاجون لعمليات جراحية لإصلاح عيوب القلب أو الشفة المشقوقة أو الحنك المشقوق . ويفيد العلاج الطبيعي والمهني وعلاج الكلام أطفال هذه المتلازمة لتحقيق الاستفادة الكاملة من إمكاناتهم (Ashoor , et al . ,2013) .

متلازمة لويس بار Louis–Bar syndrome :

يعتبر كلاً من "هنر وسيلابا Henner and Syllaba " أول من وصف هذه المتلازمة عام ١٩٢٦. وقد وصفها وصفاً أكثر دقة لويس وبار عام ١٩٤١. وقدم وصفاً مفصلاً لهذه المتلازمة كلاً من "بودر وسيدجوك Boder and Sedgwick " عام ١٩٥٨ تحت مسمى توسيع الشعيرات الدموية . ويطلق على هذه المتلازمة متلازمة Louis–Bar syndrome أو مرض توسيع الشعيرات الدموية Ataxia telangiectasia ، وتختصر إلى AT .

وهذه المتلازمة نادرة الحدوث على مستوى العالم . وعلى الرغم من ذلك فقد تنتشر في بعض البيئات ، وبصفة أكثر خاصة في تركيا والنرويج وكوستاريكا وإيران والمملكة العربية السعودية ، واليهود في شمال أفريقيا والأسكتلنديين جنوب أفريقيا . وهي تنتشر بواقع حالة لكل ٥٠,٠٠٠ : ٤٠,٠٠٠٠ حالة ولادة . وبصفة عامة لا توجد إحصائيات دقيقة ، خاصة في كندا (Paterson & Smith , 1979) .

ويتأثر كل الأفراد من كل الأجناس والأعراق بالإصابة بهذه المتلازمة على حد سواء . ويموت معظم المرضى في العقد الثالث من العمر ، ولكن هناك من المرضى من عاش حتى العقد السادس من العمر . وتنتشر هذه المتلازمة بصورة أكبر في حالة زواج الأقارب ، وقد يكون احتمال إصابة الطفل القادم بنسبة ٢٥٪ في حالة إذا كان لدى الأسرة طفل مصاب بهذه المتلازمة . وقد ينتقل عن طريق الوراثة المتنحية (Farr , et al . 2002)

وتصيب هذه المتلازمة مناطق معينة من المخ بما في ذلك المخيخ cerebellum مما يتسبب في صعوبات في الحركة والتناسق . وضعف جهاز المناعة immune system مما قد يجعل لديهم الاستعداد بالأمراض . كما أنها تعوق إصلاح DNA المكسر مما يجعل الأطفال عرضة للإصابة بالسرطان (Cabana , et al . 1998) .

ويتصف أطفال هذه المتلازمة بعدة خصائص ، وفي مرحلة ما قبل المدرسة أو في بداية مرحلة المدرسة تظهر لديهم الصعوبة في تحريك العين بطريقة طبيعية من مكان إلى آخر . ويتصفون بثقل اللسان أو الكلام المشوّه . ومشكلات في بلع الطعام ، والبعض منهم يعانون من التهابات الجهاز التنفسي ، والتهاب الجيوب الأنفية والتهاب الشعب الهوائية ، والالتهاب الرئوي ، والتهابات الأذن . مع العلم بأنه ليس كل أطفال هذه المتلازمة يعانون من هذه المشكلات بنفس الطريقة وبنفس المعدل ، فقد تختلف هذه المشكلات من حالة إلى أخرى (Nowak-Wegrzyn , et al . 2004 ; Shiloh , 2003) . وبعض أطفال هذه المتلازمة يعانون من الإعاقة الفكرية ، ولكن معظمهم عاديو الذكاء (Gatti , et al . ,1991) .

ويبدو تشخيص هذه المتلازمة صعب إلى حد ما ، فقد يحدث تخبط في تشخيص هذه المتلازمة قد يستمر عدة سنوات . وتظهر أعراض هذه المتلازمة غالباً في مرحلة الطفولة المبكرة ، وبالتحديد عندما يبدأ الطفل المشي . وقد يبدأ أطفال هذه المتلازمة المشي في عمر أقرانهم العاديين . وقد يتمايلون أثناء مشيهم كما لو كانوا في حالة سكر . وتبدو الأعراض العصبية في الظهور في المرحلة العمرية من ٤ – ٥ سنوات . وقد تزداد مشكلاتهم في سنوات الدراسة . وقد يكون التشخيص الصحيح لهذه المتلازمة في المرحلة العمرية ٣ : ٦ سنوات (Paller , et al . 1991; terheggen , et al . ,1970) .

ويصعب علاج هذه المتلازمة فما زالت البحوث التي تقدم علاج لهذه الفئة غير مؤكدة ، ولكن يمكن استخدام المضادات الحيوية لتفادي الأمراض المعدية ، وقد يستخدم العلاج الطبيعي لضبط عيوب التناسق الحركي . وقد تستخدم العلاجات الطبية الأخرى لخفض المضاعفات التي تنتج أو تصاحب هذه المتلازمة .

متلازمة كورنيلا دي لانج Cornelia de Lange syndrome (CdLS) :

وصف هذه المتلازمة براتشمان Winfried Brachmann عام ١٩١٦م بوصفها حالة تتميز بقصر القامة والشكل المميز للرأس والأطراف . ثم تلاه الطبيب الهولندي كورنيلا دي لانج Cornelia de Lange عام ١٩٣٣ ، ويرمز لها بالاختصار CDLS ، وعرفت هذه الحالة بأقزام أمستردام Amsterdam dwarfism Syndrome . ويطلق عليها أيضاً Bushy Syndrome . وهي اضطراب وراثي قد يؤدي إلى شذوذ حاد في النمو . مما يؤثر على النمو العقلي والجسمي لهؤلاء الأطفال
(Bhuiyan , et al . 2007 ; Schoumans , et al . , 2007 ; Vrouwe , et al . , 2007)

ويتصف أطفال هذه الفئة بنقص الوزن عند الولادة ، والبكاء الضعيف وصعوبة التنفسي والرضاعة لدى حديثي الولادة . وضعف النمو بصفة عامة فهم قصيري القامة بالنسبة لأسرهم ، ويعانون من ضعف في النمو الحركي ، وعيوب خلقية في القلب ، وتعلق الخصيتين أو عدم نزولهما . ومنطقة الوجه تتميز بصغر حجم الرأس ، وصغر الحاجب ، والرموش الطويلة ، والرقبة قصيرة ، والأنف الصغير أو المقلوب ، والحنك المشقوق ، والأذن صغيرة ، والشفاة الرقيقة ، وقد تكون الأسنان صغيرة ومتباعدة . كما يوجد شعر في الجسم بكثافة لديهم ، وفيما يتعلق بالأطراف فقد يكون هناك طرف ناقص أو جزء من الطرف ، وصغر حجم اليدين والقدمين ، وقد يكون الإصبع الخامس معوج ، والالتحام الجزئي لأصابع القدمين الثاني والثالث ، ويمكن لهؤلاء الأطفال المشي والحركة بعد الثانية من العمر (Selicorni , et al . , 2007 ; Beausoleil , et al . 2006)

وتختلف القدرات العقلية لأطفال هذه الفئة ، فبعضهم يتمتع بنسبة ذكاء عادية ، والبعض الآخر يتصف بالإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة ، وذوي الإعاقة الفكرية

منهم لديهم تأخر في النطق والتخاطب ، ويعانون من ضعف في السمع ، ومشكلات في الرؤية (Bhuiyan , et al . , ; Schoumans , et al . , 2007 ; Vrouwe , et al . , 2007 2007)

ويتصف أطفال هذه المتلازمة ببعض المشكلات السلوكية منها : قصور في التفاعل سواءً مع الأم أو مع الآخرين ، ويفضلون البقاء بمفردهم ، والنشاط الزائد ، وإيذاء الذات ، والشعور بالضيق والاستياء ، ومشكلات في النوم . وبعض هؤلاء الأطفال يمكنهم الاعتماد على أنفسهم ، والبعض الآخر قد يعتمد اعتماداً جزئياً أو كلياً على الآخرين . كما يتشابهون مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بعض الصفات مثل الحركات التكرارية ، ورفض التلامس الجسدي ، وغياب تعبيرات الوجه (Selicorni , et al . , 2007 ; Beausoleil , et al . 2006) .

ويحتاج أطفال هذه الفئة إلى التدخل الطبي ليس للعلاج من المتلازمة ولكن لخفض الاضطرابات المصاحبة لها . ويحتاجون إلى العلاج الطبيعي لزيادة تناسق الجسم ، والتدريب على الكلام لعلاج تأخر النطق (Selicorni , et al . , 2007 ; Beausoleil , et al . 2006)

وتحدث هذه المتلازمة نتيجة لطفرة وراثية ، وقد تنتقل عن طريق الوراثة السائدة ، وقد توجد هذه المتلازمة في ثلاثة أنماط هي :

- النمط الأول : يكون المسئول عنه جين موجود في الكروموسوم ٥ ، وتم اكتشافه بواسطة الباحثين في مستشفى الأطفال في فيلادلفيا ، والباحثون في جامعة نيوكاسل في المملكة المتحدة عام ٢٠٠٤. ويمثل هذا النمط حوالي ٥٠٪ من أطفال هذه المتلازمة .
- النمط الثاني : ويكون المسئول عنه جين في كروموسوم chromosome x ، وتم اكتشافه بواسطة علماء إيطاليين عام ٢٠٠٦ ، ويمثل هذا النمط حوالي ٥٪ من أطفال هذه المتلازمة .
- النمط الثاني : ويكون المسئول عنه جين في الكروموسوم رقم ١٠ ، وتم اكتشافه بواسطة فريق البحث في فيلادلفيا ، عام ٢٠٠٧ ، ويمثلون حوالي ١٪ من أطفال هذه المتلازمة (Park , et al . , 2010; Jugessur , et al . , 2010; Yan , et al 2009)

وتصيب هذه المتلازمة الذكور والإناث ، وهي موجودة في كل المجتمعات فلا يختص بها مجتمع معين أو جنس معين ، ويبدو أن معدل الانتشار غير واضح بدقة ، إلا أن هذه المتلازمة تنتشر بواقع حالة كل ١٠٠٠٠ أو ٣٠٠٠٠ حالة ولادة (Selicorni , et al . , 2007 ; Beausoleil , et al . 2006)

متلازمة ويليامز William`s Syndrome :

تم اكتشاف هذه المتلازمة بواسطة الطبيب الأيرلندي ويليامز William`s عام ١٩٦١ ، حيث لاحظ التشابه بين أربعة أطفال ليست بينهم صلة قرابة ، وكان من خصائصهم ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم ، وملامح وجه غير عادية ، والإعاقة الفكرية ، وتدلي الخدين ، والعينين متباعدتين ، واتساع موضع الفم . وأطلق على هذه المتلازمة متلازمة William`s Syndrome نسبة إلى مكتشفها John C . P . Williams في نيوزيلاند ، وتختصر إلى WS or WMS ، وبعد هذه التقرير قدم الطبيب الألماني Dr . A . J . Beuren وصفا لنفس هذه المتلازمة لثلاثة من المرضى ، ويطلق عليها أيضا Williams–Beuren syndrome ، وتختصر إلى WBS . ثم توالت البحوث بعد ذلك حول هذه المتلازمة ففي الفترة من ١٩٦٤ إلى ١٩٧٥ تم بحث مشكلات القلب والأوعية الدموية لدى ذوي متلازمة ويليامز . ثم تلتها بحوث Drs . K . Jones and D . Smith عام ١٩٧٥ حول الخصائص السلوكية والجسدية لهذه المتلازمة لعينات من الرضاعة إلى البلوغ (Martens , et al . , 2008 , 580) .

ويتصف أصحاب هذه المتلازمة ببعض الخصائص الجسمية التي تميزهم مثل : نقص الوزن عند الولادة ، وزيادة نسبة الكالسيوم في الدم ، وعيوب في القلب والأوعية الدموية ، والمغص المتكرر لدى حديثي الولادة ، ومشاكل في الأسنان ، وعيوب في الكلية ، والفتاق ، وعيوب في الكلية ، ومشكلات في التغذية ، واضطرابات في الجهاز الحركي والعضلات والعظام . وتأخر المشي والكلام (Bruno , Carrasco , et al . , 2005 ; et al . , 2003)

ويعاني أطفال هذه المتلازمة من المستوى العالي من القلق ، والمخاوف المرتبطة بالحساسية العالية للأصوات المرتفعة ، ويعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد والذي يكون مرتبطا بالأعراض النفسية الأخرى ذات الصلة مثل : النشاط الزائد وضعف التركيز ، والسلوك الاجتماعي غير المناسب .

وأكدت العديد من الدراسات أن ذكاء متلازمة ويليامز منخفض ما عدا دراسة واحدة توصلت إلى أن ذكاءهم يتراوح بين ٤٠ : ١١٢ ، فيتصف أصحاب هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة ، وصعوبات في النطق والكلام ، وفرط الحساسية للصوت ، وقصور في التكيف الاجتماعي ، وضعف التركيز ، وصعوبات التعلم ، وانخفاض التحصيل . ويعانون من قصور في المهارات الحركية والبصرية . ويعاني الصغار والكبار منهم من العزلة الاجتماعية ، والوحدة النفسية ، والإحباط (Colleen , et al . , 2007; Paige , et al . , 2001) .

فيتصف أصحاب هذه المتلازمة بالعجز المعرفي والبدني إلا أنه لديهم قدرات اجتماعية ولفظية مثيرة للإعجاب ، والتي تكون عكس ما هو متوقع بالنسبة لذكائهم ، فالصغار منهم يقتربون كثيراً من الغرباء ويعانقوهم ، ولأنهم غالباً ما يستخدمون الألفاظ الغنية بالأوصاف العاطفية ، فقد يتصفون بالشخصية الجذابة ، حيث يتصفون بالمودة ، وحسن المعاشرة ، والتحدث الجيد ، كما أنهم يتألفون مع الغرباء في ألفة ومرح ، ومستوى مناسب من المفردات اللغوية ، ويتصفون بالموهبة الموسيقية ، فهم يستطيعون الرقص والغناء والعزف على الآلات الموسيقية . ولا تبدو عليهم مظاهر التحيز العنصري (Andreia , et al . ,2010; American Academy of Pediatrics , 2001)

وتعد أسباب هذه المتلازمة غامضة إلى حد ما إلا أن بعض الحالات تكون وراثية ، وترجع بعض الحالات إلى نقص أو حذف جزء من الجين الوراثي على الذراع الطويل للكروموسوم ٧ ، وهذا الحذف يشمل ٢٥ جين وراثي ، وربما يكون هذا الجزء مسئولا عن ارتخاء العضلات ، ومشكلات الفتق المتكرر . وربما يؤثر في نمو الدماغ وفي وظائف الدماغ ، وبصفة عامة هذا الحذف يعزي إليه الباحثون الاضطرابات والمشكلات التي تميز أفراد هذه المتلازمة .

وهذه المتلازمة عامة ، فلا يتصف بها مجتمع دون آخر ، بل موجودة في كل المجتمعات ، وتنتشر بين الذكور والإناث ، ونسبة الانتشار قد تكون حالة كل ٢٠٠٠٠

حالة ولادة . والدراسات الوبائية الحديثة أشارت إلى أن نسبة الانتشار حالة كل ٧٥٠٠٠ حالة ولادة (Andreas , et al . , 2006) .

ووفقاً لجمعية متلازمة ويليامز يبدأ التشخيص من خلال فحص العلامات والأعراض الجسيمة التي تميز هذه المتلازمة . والذي يعقبه اختبار وراثي . وتشمل الأعراض الجسدية الانتفاخ حول العين ، ومشكلات القلب والأوعية الدموية ، ومشكلات التغذية لدى الرضع وحديثي الولادة . وغالباً ما يأخذ تأخر النمو علامة أولى لهذه المتلازمة . وإذا كان الطبيب يشك في تشخيص متلازمة ويليامز من خلال الأعراض الجسدية فيمكنه إجراء اختبار micro-array analysis أو اختبار the FISH test أو فحص الكروموسوم ٧ باختبار FISH test ، وأكدت الدراسات الوبائية أن فحص الكروموسوم مفيد وفعال في تحديد وتشخيص متلازمة ويليامز ، وهو أفضل من الطرق الأخرى ، وأفضل من الطرق التي تعتمد على العلامات والمظاهر الجسمية . وترى بعض الدراسات أن الاعتماد على ملامح الوجه عند التشخيص قد يتسبب في خطأ التشخيص ، وإن كانت بعض الدراسات الأخرى ترى أن أمراض القلب الخلقية وانتفاخ العيون من العلامات المؤكد في تشخيص متلازمة ويليامز (Mary , et al . , 1995 ; Ximena , et al . , 2005)

ويحتاج أطفال هذه الفئة إلى العلاج الطبي لعلاج المشكلات والاضطرابات المصاحبة لهذه المتلازمة ، كما يحتاجون إلى العلاج الطبيعي لعلاج مشكلات الحركة . وقد يحتاجون إلى النظام التربوي والتعليمي والتأهيلي اللازم للأطفال ذوي الأعاقة الفكرية ، فالبالغون منهم قد يمكنهم الاعتماد على أنفسهم في بعض المهام ، لذا يجب أن تسعى البرامج التربوية لتهيئة أطفال هذه المتلازمة للاعتماد على أنفسهم .

متلازمة فيلان مكديرميد Phelan-McDermid Syndrome :

يتميز أصحاب هذه الفئة بتأخر النمو ، فيتصفون بالإعاقة الفكرية المتوسطة إلى الإعاقة الفكرية الشديدة جداً . وبالتأخر الحاد في الكلام ، وانخفاض العرق decreased perspiration ، وانخفاض الإحساس بالألم . ويعانون من مشكلات في مضغ وبلع الطعام . ومحيط الرأس عادي Normal head circumference .

وتعاني هذه الفئة من تشوهات في الوجه مثل : طول الرأس Dolichocephaly ، والعيون المتفخة Puffy Eyelids ، والرموش الطويلة Long Eyelashes ، وانتفاخ الخدين Puffy Cheeks ، والأذن الكبيرة أو العريضة Large Or Prominent Ears ، والأنف المتفخ أو البصلي الشكل Bulbous Nose ، وتدلي الجفون Ptosis ، ومنتصف الوجه مسطح Flat Midface ، والحاجب الكامل Full Brow ، والحول Strabismus ، والأسنان العريضة والمتباعدة .

وفيما يتعلق بتأخر النمو أفادت دراسة (2003) . Wilson , et al إلى أن معظم أفراد هذه الفئة تعاني من تأخر في النمو ، فمعظمهم من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate ، والشديدة Severe ، والشديدة جداً Profound ، وقد يكون السلوك المشكل لديهم أقل شدة وأقل توترا .

وقد يتدحرج هؤلاء الأطفال عند متوسط عمر ثمانية شهور ، والحبو عند ١٦ شهراً ، والمشي عند متوسط عمر حوالي ٣ سنوات ، وقد يكون على نطاق واسع ومتقلب غير ثابت ، ونقص التوازن ، وضعف في قوة الجسم في الجزء العلوي ، والذي قد يرجع إلى تأخر المشي . وقد يكون من الصعب تدريبهم على استخدام الحمام ، وهذا يتطلب من الآباء ومقدمي الرعاية اليقظة الدائمة . وقد يبقى هؤلاء الأطفال جافين طوال الليل ولكن قد يكونوا مبتلين ومتسخين أثناء النهار ، وهذا قد يرجع إلى عدم تمكنهم من التعبير عن احتياجاتهم (Cusmano-Ozog et al . , 2007 Dhar , et al . ,2010 Phelan , et al . ,2010;)

وفيما يتعلق بتأخر الكلام بعض هؤلاء الأطفال قد يفقدون القدرة على الكلام حتى عمر أربعة سنوات ، وبعضهم لديه مفردات محدودة ، ويمكن تدريبهم على التواصل من خلال أساليب علاج متعددة تجمع بين التدريب على التواصل والعلاج البدني . . وغيرها . وقد تكون اللغة الاستقبالية أكثر وضوحاً من اللغة التعبيرية كما يتضح من فهمهم للتعليمات البسيطة ، وروح الدعابة ، والتعبير عن الانفعال .

ويعاني أطفال هذه الفئة من مشكلات في السمع ، فلديهم تأخر في الاستجابة للمنبهات اللفظية ، ولديهم صعوبة في التميز بين الكلمات التي تصدر من خلفية فيها ضوضاء . جنباً إلى جنب مع تكرار حدوث التهابات الأذن ، والذي ربما يرجع إليه ضعف السمع لديهم ، وفي الواقع أن حوالي ٨٠٪ من أطفال هذه الفئة عاديو السمع .

ويبدو النمو الجسمي لهذه الفئة داخل الرحم مناسباً لعمر الحمل ، ومتوسط الحمل حوالي ٣٢,٢ أسبوعاً . والنمو بعد الولادة قد يكون طبيعي أو سريع ، وقد يكون الطول مناسب للعمر ولكن مع وجود انحرافين أو ثلاثة انحرافات عن المتوسط ، والوزن غير متزايد لذلك يبدو هؤلاء الأطفال وكأنهم طوال ونحيفين ، وهذا لا يمنع كونهم أطول من أقرانهم ، والراشدين منهم يدخلون في المعدل الطبيعي للطول ، ومعظم الراشدين منهم يدخلون في المعدل الطبيعي بالنسبة للوزن ، وبالرغم من أن بعض منهم يعاني من الإفراط في تناول الطعام وقلة النشاط والذي يؤدي إلى زيادة الوزن لدى ١٠٪ من أفراد هذه الفئة ، وقد يكون حجم الرأس عادي لدى معظمهم ، وقد يكون حجم الرأس صغير Microcephaly لدى ٥٪ منهم .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة ببعض المشكلات السلوكية منها : النشاط الزائد ، وقصر فترة الانتباه ، وعدم الراحة ، والأرق ، وجهل العواقب ، ومقاومة التغيير ، والأنشطة المتكررة ، وطحن الأسنان ، وعادات مضغ غير عادية ، وانخفاض الإحساس بالألم ، واضطراب النوم ، فقد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في النوم أو البقاء في النوم لفترة ، ويتصفون بالهياج غير العادي ، والضوضاء ، ويبدو أن عدم إحساسهم بالألم مشكلة كبيرة فهم لا يشعرون بالألم أو قد لا يعبرون عن آلامهم حتى في حالة إصابتهم بالكسور ، وقد يعانون من التهاب الأذن الوسطي ، والارتجاع المعدي المرئي ، والضغط داخل الجمجمة دون الإشارة إلى عدم الراحة ، ويتضمن السلوك العدواني لديهم الضرب وشد الشعر ، والقرص يتصف به حوالي ٢٥٪ منهم ، وأطفال هذه المتلازمة لم يستوفوا معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM- IV لتشخيص اضطراب التوحد ، بالرغم من أن بعض الباحثين قد وصفوا هذا المتلازمة باضطراب التوحد أو مثل ذوي اضطراب التوحد ، لنظراً لبعض الأعراض مثل : الحركة النمطية ، وسلوك الإثارة الذاتية ، ونقص التواصل البصري . (Philippe , et al . , 2008)

وتبدو الرؤية عادية لدى هؤلاء الأطفال ، وبالرغم من ذلك يعاني معظمهم من طول وقصر النظر ، وصعوبة في معالجة الصور المشوشة ، ومشكلات في الإدراك البصري العميق ، والنظر بعيد عن الأشياء قبل الوصول إليها ، وتبدو هذه المشكلات

لدى ٦٪ منهم ، وبصفة عامة جودة الرؤية في حالة تقلب ، ففي بعض الأوقات قد يكونوا أفضل من الآخرين (Phelan , et al . , 2010) .

وتبدو وظائف الكلية عادية إلا أن البعض منهم يعاني من التهابات متكررة في المسالك البولية ، وخلل في النسيج الكلوي ، وارتجاع المثانة ، وفيما يتعلق بالجهاز الهضمي يعاني ٣٠٪ منهم من ارتجاع معدي مرئي Gastroesophageal Reflux ، وحوالي ٢٥٪ منهم يعانون من التقيؤ الدوري Cyclic Vomiting ، وفيما يتعلق بالأسنان يظهر عليهم سوء تطابق الأسنان ، وضعف العضلات ، والمضغ المستمر ، وطحن الأسنان ، وعدم انتظام اللسان Tongue Thrusting ، وتسهم هذه المشكلات في سوء تطابق الأسنان ، ويمكن أن يرافق سوء تطابق الأسنان صعوبة في البلع والترويل ، وقد تسهم هذه المشكلات في صعوبات التعبير اللفظي Tabolacci et al) 2005)

وتتصف هذه الفئة بالعديد من الخصائص منها : اليد الكبيرة والسمينة ، وعادة ما تكون الأظافر عادية ولكن في بعض الحالات يكون هناك خلل في نسيج الأظافر ، مائل للتقشر ، نحيفة؛ وكأنها غير نامية (Sathyamoorthi , et al . , 2009) .

ويبدو أن الراشدين من هذه الفئة قادرين على الإنجاب ، فلا توجد دراسات متاحة تستبعد إمكانية الإنجاب لهؤلاء الأفراد ، والإناث منهم يصلون إلى البلوغ والحيض في سن طبيعية .

وفيما يتعلق بالعمر الافتراضي فالدراسات الطولية لا تكفي لتحديد متوسط العمر المتوقع ، غير أن ما يهدد حياة البعض منهم أنهم يعانون من مشكلات في القلب أو الرئة أو غيرها من العيوب (Delahaye , et al . , 2009) .

ويتم تشخيص هذه الحالات تشخيص فارق ، ويتم التشخيص بناء على بعض المحكات ، وهي تأخر النمو Hypotonia , developmental delay ، غياب الكلام أو التأخر الحاد في الكلام absent or severely delayed speech ، كما أن الأعراض الشبيهة باضطراب التوحد تزداد في مرحلة الطفولة (Manning , et al . , 2004)

ويعتمد التشخيص أيضاً على التحليل الكروموسومي ، والفصل بين المتلازمات الأخرى مثل : متلازمة Prader-Willi syndrome ، ومتلازمة Angelman syndrome ، ومتلازمة Velocardiofacial syndrome ، ومتلازمة Williams

syndrome ، ومتلازمة Trichorhinophalangeal syndrome ، ومتلازمة Smith-Magenis syndrome ، ومتلازمة Fragile X syndrome ، ومتلازمة FG syndrome ، ومتلازمة Sotos syndrome ، ومتلازمة Clark-Baraitser syndrome ، واضطراب التوحد Autism (Manning et al ; Anderlid et al 2002 2004 ; Jeffries et al 2005 ; Durand et al 2007 ; Phelan et al 2010) .

ويتم تشخيص هذه الحالات باستخدام أدوات طبية مثل : الاختبار الخلوي Cytogenetic testing ، واختبار الوراثة الجزئي Molecular Genetic Testing ، واختبار فحص الآباء والأقارب المعرضين للخطر .

وقد تستخدم تدخلات علاجية متعددة لعلاج المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة ، فيمكن استخدام العلاج الحركي الفموي Oral-Motor Therapy لعلاج مشكلات مضغ وبلع الطعام ، وتستخدم علاجات معيارية طبية لعلاج مشكلة ارتجاع المعدة المعوي Gastroesophageal Reflux ، وعدوى الأذن المتكررة Recurrent Ear Infection ، ومشكلات العيون Ophthalmic ، وأمراض القلب Cardiac ، وأمراض الكلية Renal ، وأمراض الجهاز التنفسي Respiratory ، والتشنجات Seizures.

ويستخدم العلاج الطبيعي والمهني Physical and Occupational Therapy في علاج مشكلات التناسق والقوة والتواصل ، والعلاج التقويمي Orthodontic Therapy لعلاج مشكلات عدم تطابق الفكين وخلل الأسنان ، وقد يستخدم العلاج الطبي لعلاج مشكلات النشاط الزائد والقلق وسلوك الإثارة الذاتية النشطة .

ويستخدم الإرشاد الوراثي Genetic counseling في هذا المنحى ، ويقصد به تزويد الأفراد والأسر بمعلومات عن الوراثة والطبيعة ، والآثار المترتبة على الاضطرابات الوراثية لمساعدتهم على اتخاذ القرارات التشخيصية والعلاجية .

وكان يطلق على هذه الفئة متلازمة حذف 22q13.3 deletion syndrome ، والتسمية الحديثة هي متلازمة Phelan-McDermid syndrome ، وهو مصطلح أكثر شمولاً لأنه يضم الحالات التي فيها حذف والحالات التي لديها تحور SHANK3.

متلازمة كليفنتر "47 ,XXY" Klinefelter Syndrome :

وصف هذه الحالة هنري كلينيفلتر عام ١٩٤٢. وتختلف أعراض كلينيفلتر من حالة إلى أخرى ، وقد تختلف باختلاف المرحلة العمرية ، فلا تكاد تظهر بوضوح في

مرحلة الطفولة ولكن يتصف الأطفال بصفة عامة بضعف العضلات ، ويتأخرون في الجلوس والحبو والمشي ، ويتصفون في نهاية مرحلة الطفولة والمراهقة بصغر حجم الخصية ، وقلة شعر الجسم ، وشعر الوجه ، وخاصة شعر العانة والإبطين ، وكبر حجم الثدي Gynecomastia . وزيادة طول القامة وعدم تناسق أجزاء الجسم في الطول ، وضعف العظام ، وصغر حجم العضو الذكري ، ويتصفون عادة بالمظهر الخارجي الطبيعي العادي ، وهشاشة العظام ، وقد تكون الوظيفية الجنسية طبيعية إلا أنهم يعانون من العقم وعدم القدرة على الإنجاب ، وبصفة عامة يتأخرون في البلوغ ، ويكون معرضين للإصابة بالعديد من الأمراض مثل : أمراض الأوردة الدموية ، ودوالي الأوردة ، ودوالي الساقين Varicose veins ، وسرطان الثدي ، وهبوط الصمام الميترالي Mitral valve prolapse .

ويعرف بأنه : اضطراب كروموسومي XXY ، وهو يصيب الذكور ، ويتسبب في الضعف الجنسي لنقص الأندروجينات ، وصغر حجم الأعضاء التناسلية (زكريا الشربيني ، ١٩٩٤) .

وتحدث هذه الحالة نتيجة خلل كروموسومي ، وهو زيادة كروموسوم أنثوي لدى الذكور XXY في حين أن الوضع الطبيعي يكون XY ، وقد ترجع هذه الحالات لخلل في انقسام الحيوان المنوي Paternal Nondisjunction أو البويضة Meiosis I لسبب غير معروف ، ونصف هذه الحالات تقريباً قد ترجع لفشل انقسام الحيوان المنوي والنصف الأخر لفشل انقسام البويضة . وتشمل هذه الحالات صيغ متعددة منها الحالة 48 , XXYY ، والحالة 48 , XXXY ، والحالة 49 , XXXYY ، والحالة , XXXXY 49.

ويتصف أفراد هذه الفئة بالهدوء مقارنة بأقرانهم ، ويعانون من مشكلات تعليمية متعددة ، فيتأخر النمو اللغوي والحركي لديهم ، ويعانون من صعوبات في التعلم ، ومشكلات نفسية وسلوكية متعددة ، ولا يصلون في مرحلة البلوغ إلى مؤشرات البلوغ النفسية ، وأكدت البحوث والدراسات أن بعض حالات متلازمة كليفنتر Klinefelter Syndrome تعاني من الإعاقة الفكرية المتوسطة . Sukarova-Angelovska , et al (2006) .

متلازمة الكحول الجنينية Fetal Alcohol Syndrome :

تعرف متلازمة الكحول الجنينية Fetal Alcohol Syndrome (FAS) بأنها نمط من العجز العقلي والجسدي مرتبط بتناول الأم للكحول أثناء فترة الحمل . أي تحدث نتيجة تناول الأم لكمية من الكحول أثناء فترة الحمل ، والذي ينتج عنه طفل يعاني من الإعاقة الفكرية والتأخر الحركي والتشوهات الخلقية ، ويرى الباحثون أن تناول الأم للكحول يؤثر على الجنين ، حيث يصل الكحول عبر الحاجز المشيمي إلى الجنين ، والجنين هنا غير قادر على التخلص من المواد السامة الموجودة في الكحول ، ويكون الخطر جسيم في الثلاثة شهور الأولى ، حيث يكون الجنين في مرحلة تكوين الدماغ ، وبالتالي تتضرر الدماغ من المواد السامة الموجودة في الكحول ، مما يترتب عليه تأخر نمو الجنين وانخفاض الوزن ، وظهور ندبات الوجه المميزة ، وتلف الخلايا العصبية ، وتلف بناء الدماغ ، والذي ترتب عليه مشكلات نفسية وسلوكية ، وليس الضرر خلال الشهور الثلاثة الأولى فقط ، ولكن الخطر محتمل خلال كل شهور الحمل لأن نمو مخ الجنين مستمر طوال فترة الحمل ، وفي حين بعض البحوث رأت أن تناول الأم لكوب واحد من الكحول مسموح به ومقبول إلا أن العديد من البحوث والدوائر العلمية والجمعيات والمنظمات منعت تماماً تناول الحامل للكحول (Ulleland , 1972; Streissguth , 1997; Lemoine , et al . , 1986)

ويجب ألا نخلط بين متلازمة الكحول الجنينية Fetal Alcohol Syndrome (FAS) واضطرابات طيف الكحول الجنيني Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) والذي يصف سلسلة من العيوب الخلقية الناجمة عن استهلاك الحوامل الدائم للكحول خلال فترة الحمل بما فيها متلازمة الكحول الجينية ، والذي يصيب حوالي ١٪ من الحوامل في الولايات المتحدة الأمريكية (May & Gossage , Abel & Sokol , 1987 2001; Ratey , 2001;)

ويعاني أطفال هذه المتلازمة من نقص الوزن ، وصغر حجم الدماغ أو الجمجمة ، وتأخر النمو ، والقصور في وظائف الجسم ، والوجه المميز ، وشقوق صغيرة في الجفن ، وعدم تناسق الحركات الدقيقة ، وتلف في الجهاز العصبي المركزي ، وخاصة المخ (Astley & Clarren ,1996 ; Astley ,et al . ; 2002، Chudley , et al . ; 2005).

ويعاني هؤلاء الأطفال من قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي ، وصعوبات التعلم ، ونقص القدرة على التخيل ، وضعف الذاكرة ، واضطراب التصرف (المسلك) ، والنشاط الزائد ، والقلق ، وانخفاض التحصيل الدراسي ، وصعوبة السيطرة على الانفعالات ، وقصور في الإدراك الاجتماعي ، والتواصل ، وقصور الانتباه ، وصعوبة فهم المفاهيم المجردة ، وقصور المهارات الحركية ، وانخفاض مستوى النشاط ، وقصور التكامل الحسي ، وصعوبة الاستجابة لتعليمات الآباء .

ويتم تشخيص هذه المتلازمة عن طريق دراسة الحالة ، حيث يمكن التعرف على الكحول الذي تناولته الأم أثناء الحمل ، والتعرف على ذكاء الطفل ، والتعرف على العلامات المميزة لهذه المتلازمة .

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة طفل كل ٧٥٠ حالة ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث كشفت البحوث المسحية أن حوالي ٣٠٪ من النساء الحوامل في الولايات المتحدة الأمريكية يتناولون الكحول ، وتعرض الجنين للكحول أثناء فترة الحمل قد يكون هو المسئول عن إصابة الأطفال بالإعاقة الفكرية في العالم الغربي ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، وفي أوربا (Ethen , et ; Ebrahim & Gfroerer , 2003 Havens , et al . ,2008; al . , 2008)

وتبلغ التكلفة الطبية والاجتماعية للطفل الذي يعاني من متلازمة الكحول الجينية حوالي ٨٠٠٠٠٠ ألف دولار لكل طفل يولد بهذه المتلازمة (Bloss ,1994) .

ويصعب علاج هذه المتلازمة اللهم إلا تحسين قدرات الطفل وطاقاته ، فيستخدم العلاج الطبي لعلاج المضاعفات التي تنتج عن هذه المتلازمة ، وقد يستخدم العلاج النفسي لعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه المتلازمة ، ويستفيد أطفال هذه المتلازمة من البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية .

متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش Fragile-X-Syndrome :

يطلق على هذه المتلازمة متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش ، وذلك نظرا لأن الكروموسوم X قابل للانكسار في الذراع الطويل ، وهي مرض وراثي ينتقل من الأم إلى الأطفال مباشرة ، ويطلق عليها متلازمة Martin–Bell syndrome ، وأيضا Escalante's syndrome .

ويتصف أطفال هذه المتلازمة ببعض الصفات الجسمية مثل : زيادة حجم الجسم عن المعدل الطبيعي ، وارتخاء المفاصل ، وتفلطح القدمين ، والنوبات الصرعية ، والانحناء أثناء السير أو الجري وزيادة حجم الخصية عند البلوغ ، والوجه المستطيل ، وزيادة حجم الجبهة ، والذقن البارز ، الأذن الكبيرة البارزة ، وهبوط الصمام الميترالي . التهابات الأذن الوسطي ، التهابات الجيوب الأنفية ، وتقوس الحنك
(Santoro , et al . , 2012; Joseph , et al . , 2008; Randi & Paul ,2002)

ويعاني أطفال هذه المتلازمة من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية فيهم يعانون من النشاط الزائد الذي يبدأ في العام الثاني ، ونقص الانتباه ، والعدوان ، والخجل ، وتجنب الجماعات ، كما يعاني ٢٠٪ منهم من اضطراب التوحد ، ويعانون من القلق الاجتماعي ، والحركات النمطية ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والقلق ، ومحدودية التواصل البصري ، ويوجد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الغالبية العظمى من الأطفال الذكور لهذه المتلازمة ، ويوجد بنسبة ٣٠٪ لدى الإناث ، والذي يعد أكثر شيوعاً لدى أطفال هذه المتلازمة ، ويبلغ النشاط الزائد والسلوك الفوضوي ذروته في سنوات ما قبل المدرسة ثم ينخفض تدريجياً مع التقدم في العمر ، وهذا لا يمنع انتشار الأعراض على مدى الحياة ، وبصرف النظر عن القلق الاجتماعي فقد ترتبط أعراض القلق الأخرى بهذه المتلازمة ، والتي تتداخل مع الأعراض النفسية الأخرى فقد لا تكون الأعراض موجودة بالكامل ، وهناك سلوكيات أخرى مثل السلوك التكراري ، والعض ، والعدوان والذي ربما يكون تعبيراً عن القلق ، وعلى الرغم من ذلك فهناك البعض منهم تنطبق عليه أعراض الوسواس القهري ، ويعانون من اضطرابات المزاج ولكن بصفة متذبذبة ، وإيذاء الذات والتهيج ، والحساسية الشخصية ، والاكتئاب ، ومع ذلك يتصف هؤلاء الأطفال بمهارات التقليد العالية ; (James , et al . , 2007 McLennan , et al . , 2011
Randi & Paul , 2002 ;)

ويتصفون بقصر فترة الانتباه والحساسية العالية للمثيرات البصرية والشمية والسمعية ، لذلك يتجنبون المواقف المزدحمة نظراً لارتفاع الأصوات ، وأن هذه العوامل قد تؤدي إلى نوبات غضب بسبب فرط الحساسية ، وقد يكون العلاج السلوكي مفيد في علاج فرط الحساسية لدى هؤلاء الأطفال (Sam & Cecil , 1999)

ويعاني هؤلاء الأطفال من التأخر اللغوي ، فتنقصهم الطلاقة اللغوية . ويقوم هؤلاء الأطفال بتكرار النشاط مراراً ، وفي الكلام لا يميل هؤلاء الأطفال إلى تكرار نفس العبارة فقط ولكن يتحدث عن الموضوع نفسه باستمرار ، وقد يكون الكلام لدى هؤلاء الأطفال مشوش كما يقومون بالحديث الذاتي ، ويشمل الحديث الذاتي الحديث إلى النفس بنغمات ودرجات مختلفة (Sam & Cecil , 1999) .

وتتراوح القدرات العقلية لأطفال هذه المتلازمة بين القدرات العادية إلى الإعاقة الفكرية الشديدة Severe ، إلا أن ذوي القدرات العقلية العادية منهم يعانون من صعوبات تعلم ، وبالتالي فهم يتراوحون بين حالات صعوبات التعلم إلى حالات الإعاقة الفكرية الشديدة ، بمتوسط ذكاء حوالي ٤٠ ، ويبدو أن الإناث أقل تأثرا بهذه المتلازمة ، وبصفة عامة يعاني أطفال هذه المتلازمة من مشكلات في الذاكرة قصيرة المدى ، والذاكرة العاملة ، والوظائف التنفذية ، وقصور في الذاكرة البصرية ، وفي العلاقات البصرية المكانية ، ومشكلات أكاديمية في الحساب ، وتدني القدرات اللغوية . وكشفت بعض الدراسات أن معدل الذكاء لأطفال هذه المتلازمة ينخفض مع مرور الوقت ، وذلك لبطء النمو العقلي . وفي حالة اجتماع أعراض هذه المتلازمة مع أعراض التوحد يكون العجز اللغوي أكبر وانخفاض الذكاء ملاحظ بشكل أكبر من ذوي أعراض المتلازمة فقط .

(Scott , et al . , 2008; Garber , et al . , 2008; Randi & Paul , 2002)

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ٣٥٠٠ حالة ولادة ، كما يوجد رجل واحد حامل للمرض كل ٨٠٠ رجلاً ، وامرأة واحدة حاملة للمرض كل ٢٠٠٠ امرأة ، وتنتشر هذه المتلازمة بين الذكور والإناث ، ولكن لوحظ أن الإناث قد لا تظهر عليهن علامات هذه المتلازمة ولكن تظهر عليهن أعراض صعوبات التعلم والإعاقة الفكرية البسيطة . وبصفة عامة هي أكثر انتشار بين الذكور . وهي أكثر انتشارا في جنوب أمريكا .

ويصعب علاج حالات هذه المتلازمة طبياً ، ولكن قد يكون العلاج الطبي مفيد في علاج اضطرابات الانتباه والسلوك التكراري ، والاضطرابات والأمراض المصاحبة لهذه المتلازمة ، فضلاً عن ذلك فقد يحتاج هؤلاء الأطفال إلى مداخل علاجية متعددة مثل : علاج الكلام والعلاج السلوكي ، والعلاج المهني ، وبرامج التربية الخاصة .

متلازمة الرباعي إكس XXXX syndrome , 48 :

تصيب هذه المتلازمة الإناث ، وفيها يكون عدد الكروموسومات المحددة للجنس للإناث أربعة كروموسومات من النوع X ، في حين أنه من المفترض في الحالة العادية أن تحمل الإناث كروموسومين Xx . ويطلق عليها Tetrasomy X ، وقد تختصر إلى رباعي Tetra X ، وأيضا Quadruple X ، ويحدث هذا الخلل عندما يفشل الكروموسوم X في أن ينفصل أثناء تكوين الحيوان المنوي أو البيوضة . وتم وصف هذه الحالة لأول مرة عام ١٩٦١ بواسطة Carr et al . (Linden , et al .1995) .

ويتصفون بملامح وجه مميزة مثل صغر الفم ، وتأخر أو غياب الأسنان ، والخلل في طبقة المينا ، ويتصفون بطول القامة ، وشذوذ في المفاصل ، ومشكلات في الهيكل العظمي ، والأعضاء التناسلية قد تكون عادية في بعض الحالات إلا أن الخصائص الجنسية الثانوية غير مكتملة ، وعيوب في القلب (Plauchu , et al .1988) .

ويتصف الإناث في هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية ، وتأخر الكلام ، وقصور في التعبير اللغوي ، والفهم ، والقصور في مهارات القراءة ، والتأخر في النمو الحركي ، فهم يتأخرون في المشي فقد يكون في الفترة من ١٦ شهر وحتى ٤ ،٥ سنوات ، ويعانون من مشكلات في الرؤية والسمع

. (Schoubben , et al . 2011; Plauchu , et al .1988)

متلازمة الخماسي إكس XXXXX syndrome , 49 :

وتم وصف هذه الحالة لأول مرة من قبل Kesaree And Wooley ، وقد يطلق عليها Pentasomy X ، أو باختصار الخماسي Penta X ، أو Poly-X ، وهو أكثر ندرة من الرباعي X ، والمظاهر قد تكون أكثر حدة من متلازمة الرباعي X ، فهم يتصفون بتأخر النمو داخل الرحم ، وملامح الوجه الخشنة ، وصغر حجم الدماغ ، والدقن المدبب ، وتقوس أعلى الحنك ، والرقبة القصيرة ، والشذوذ في الأطراف والهيكل العظمي ، والجنف البسيط ، والعيوب الخلقية في القلب ، وانحراف الأصابع ، وقصر القامة (Schoubben , et al . ,2011; Cho , et al . ,2004) .

ويتصفون بالإعاقة الفكرية ، وتأخر الكلام ، وصعوبات في التوصل قد تكون أكثر تكراراً ، والمشكلات السلوكية (Cho , et al . ,2004; Linden , et al .1995) .

متلازمة XXYY syndrome :

الكروموسوم الجنسي يتكون من الكروموسوم Y المورث من الأب ، والكروموسوم X الموروث من الأم ، والذكر قد يرث XY ، والأنثى قد ترث XX . وفي كلا الحالتين يكون عدد الكروموسومات ٤٦ كروموسوماً أو ٢٣ زوجاً من الكروموسومات ، وهو العدد الطبيعي ، وقد يحدث خلل في عدد الكروموسومات ، ومن هذا الخلل الزيادة في عدد الكروموسومات ، فتحدث في بعض الحالات زيادة Y وزيادة X لتكون متلازمة XXYY Syndrome ، وهي متلازمة تصيب الذكور ، وفيها يصبح عدد الكروموسومات ٤٨ كروموسوماً بدلاً من ٤٦ كروموسوماً العدد الطبيعي ، وهي متلازمة تحدث بنسبة حالة كل ١٨٠٠٠ أو ٤٠٠٠٠ حالة ولادة ، ووصف هذه المتلازمة لأول مرة كلاً من Sylfest Muldal and Charles H . Ockey عام ١٩٦٠ في جامعة مانشستر Manchester في بريطانيا عند وصف حالة طفل عمره ١٥ عاماً .

ويتصفون بطول القامة والذي يكون أكثر وضوحاً لدى المراهقين والراشدين ، حيث قد يصل الطول إلى حوالي ١٩٢سم في المتوسط ، والخلل في الأصابع ، والجنف ، وارتخاء العضلات ، ووجود شق في القدمين ، والقدم المسطح ، ومشكلات في الأسنان ، ويعانون من أمراض الحساسية والربو ، والعيوب الخلقية في القلب ، والفتق ، والتشنجات . وفيما يتعلق بالنمو الجنس يتصفون بتأخر النمو الجنسي ، وعدم نزول الخصيتين ، والعقم ، وانخفاض هرمون تستوستيرون ، وبصفة عامة يعانون من قصور في أداء الغدد التناسلية

. (Tartaglia , et al . ,2008; Cammarata , et al . ,1986)

ويعاني حوالي ٢٦٪ منهم من الإعاقة الفكرية ، وحوالي ٢٨,٣٪ منهم يعانون من اضطراب التوحد ، وحوالي ٦٨٪ يعانون من قصور في الوظيفية التكيفية ، وحوالي ٧٢,٢٪ منهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وحوالي ٤٦,٨٪ منهم يعانون من اضطرابات المزاج ، وحالي ١٨,٩٪ يعانون من التشنجات ، والبعض منهم يعانون من صعوبات التعلم ، وبعضهم عدوانيين

. (Tartaglia , et al . ,2008; Izumi & Tsubahara , 2000)

متلازمة XYY syndrome, 47 :

تحدث هذه المتلازمة نتيجة زيادة في عدد الكروموسومات فتصبح ٤٧ كروموسوماً بدلاً من ٤٦ كروموسوماً ، حيث تكون الزيادة في الكروموسوم الجنسي ٢٣ ، فالشكل الطبيعي للكروموسوم ٢٣ هي XY فتصبح في هذه المتلازمة XYY بزيادة Y ، أي أن هذه المتلازمة للذكور فقط ، وبمعني آخر تحدث عند التقاء حيوان منوي يحمل YY ببويضة تحمل X فيتكون الزيجوت XYY ، ويتميز أصحاب هذه المتلازمة بأن الأسنان اللبنية والدائمة أكبر من المتوسط ، وقد يكون طول القامة عادي عند الولادة إلا أنهم مع التقدم في النمو يصبحون أكثر طولاً مقارنة بأشقائهم ، ونسبة انتشار هذه المتلازمة حالة كل ١٠٠٠ حالة ولادة ، وكان يطلق على هذه المتلازمة متلازمة الرجل الفائق

(Davey & Vance , 2007; Rapaport , 2000 Super Male Syndrome)

الإعاقة الفكرية غير شائعة لدى أفراد هذه المتلازمة ، فالغالبية منهم من ذوي الذكاء العادي ، إلا أنهم لديهم مشكلات في اللغة والكلام قد تؤدي إلى تأخر نمو المهارات الاجتماعية وصعوبات التعلم ، وتنتشر المشكلات السلوكية وخصوصاً اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ، وبصفة عامة تختلف المشكلات والصعوبات من طفل إلى آخر من أطفال هذه المتلازمة ، ويحتاج هؤلاء الأفراد بصفة عامة رعاية أسرية ومدرسية لخفض المشكلات السلوكية والتعليمية التي يعانون منها (Davey& Vance 2007; Geerts , et al . ,2003; Odent , et al . ,2001).

متلازمة ولف – هيرشورن Wolf-Hirschorn syndrome "4p Deletion" :

يطلق على هذه المتلازمة متلازمة ولف – هيرشورن Wolf-Hirschorn syndrome ، وتعرف بمتلازمة Pitt-Rogers-Danks syndrome (PRDS) ، وتعرف أيضا بمتلازمة Pitt syndrome ، وتعرف بمتلازمة الكروموسوم الرابع الناقص chromosome deletion Dillan 4p syndrome ، وتم وصف هذه المتلازمة أول مرة بواسطة الأمريكيين روبرت كوبر Herbert L . Cooper وكيرت هيرشورن Kurt Hirschhorn عام ١٩٦١ ، ثم حدث انتباه عالمي لهذه المتلازمة بواسطة آلرتش ولف Ulrich Wolf وهيرشرون Hirschhorn وزملائهم في ألمانيا ، وخصوصاً المقالات التي

نشرت في المجلة العلمية الألمانية للوراثة البشرية[1] ، وتحدث هذه المتلازمة نتيجة لحذف جزء من المواد الكروموسومية الموجودة على الذراع القصير للكروموسوم الرابع ، ويطلق على الجينات المحذوفة 4p16.3 (Ronald , et al . ,2007) .

ويتصف أطفال هذه المتلازمة بصغر الوزن عند الميلاد حيث يمثل حوالي ٧٧٪ منهم ، وصغر حجم الرأس حيث يتصف به حوالي ٩٠٪ منهم حيث يتصفون بصغر حجم الدماغ microcephaly ، وقصر القامة لدى حوالي ٢٥٪ - ٦٦٪ ، وصغر الفك ، وجحوظ العينين ، وتأخر النمو ، ونقص المواد المضادة ، والعيوب الخلقية في القلب ، حيث ينتشر لدى ٣١٪ - ٤٥٪ ، صغر حجم العين ، وجحوظ العين ، والعيون المتباعدة ، وتدلي الجفون ، وطي الجلد في زاوية العينين ، وحول العين ، وإصابة العين بالمياه البيضاء ، والأنف مفلطح ، والإذن كبيرة ومشوهة ، وتلف الأنسجة حول الأذن ، الشفة العليا صغيرة ، وعيوب في فروة الرأس وخاصة في منطقة المنتصف وفي الخلف ، مشكلات في السمع والبعض منهم أصم ، وينتشر الصمم لدى حوالي ٢٣٪ منهم ، وبطء نمو الجنين أثناء الحمل ، وضعف حركة الجنين في بطن الأم ، وضعف النمو بعد الولادة ، ارتخاء العضلات لدى حوالي ٩٠٪ منهم ، والتأخر الشديد في المهارات الحركية ، ويمكن للبعض منهم المشي بين ٣٠ إلى ٦٠ شهر ، والبعض الآخر غير قادر على المشي ، شذوذ عظام في الجزء الأمامي من القدم ، وفي بعض الأحيان حذف القدم أو القدمين ، وعدم نمو عظام الحوض واليدين ، ومشكلات في الجهاز التناسلي مثل : اختفاء الخصيتين ، ووجود فتحة للبول أسفل القضيب وتنتشر مشكلات الجهاز التناسلي لدى ٣٠٪ منهم ، وانحناء العمود الفقري ، وتنتشر مشكلات الكلية لدى ٢٣٪ ، وتختلف الأعراض باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها ذوي متلازمة ولف - هيرشورن 1998 (Battaglia , et Hanley-Lopez , et al . , Battaglia , et ai . , 2001 Xu , et al . , 2000; al . ,1999;)

ويتصف حوالي ٧٥٪ منهم بالإعاقة الفكرية ، والإعاقة الفكرية لديهم يتراوح بين الإعاقة الفكرية البسيطة Mild إلى الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound .

(1) German scientific magazine Humangenetik.

ومعظمهم غير قادر على الكلام الفعال ، والقليل جداً منهم يستطيع تكوين بعض الجمل المعقدة ، وقد تكون الكلمة الأولى في الفترة من ١٨ شهرا إلى ٤٨ شهرا .

وتنتشر هذه متلازمة بمقدر حالة كل ٥٠٠٠٠ حالة ولادة ، وقد تنتشر لدى البنات أكثر من الأولاد ، حيث تنتشر بنسب ٢ - ١ بنات / بنين ، ويموت حوالي ٣٥٪ في العمر الأول من الميلاد بسبب عيوب القلب الخلقية (Shannon , et al . ,2001) .

وترجع أسباب هذه المتلازمة كما ذكرنا إلى حذف جزء من المواد الكروموسومية الموجودة على الذراع القصير للكروموسوم الرابع ، ويطلق على الجينات المحذوفة 4p16.3 ، وخصوصاً مادة WHSC1 ومادة WHSC1 ، وهناك حوالي ٨٧٪ من حالات هذه المتلازمة ترجع لهذا السبب ، وتختلف شدة الأعراض تبعا لحجم المادة المحذوفة (Xu , et al . , 2000) .

متلازمة سميث ماجينيس Smith-Magenis syndrome :

تعرف متلازمة سميث ماجينيس Smith–Magenis Syndrome (SMS) بأنها اضطراب نمائي يؤثر على العديد من أجزاء الجسم ، وتشمل الملامح الرئيسة الإعاقة الفكرية ، وملامح الوجه المميزة ، واضطرابات النوم ، والمشكلات السلوكية ، وترجع هذه المتلازمة إلى الشذوذ في الكروموسوم ١٧ لذلك يطلق عليها متلازمة الكروموسوم ١٧ 17p- syndrome .

وتنسب هذه المتلازمة إلى كل من آن سميث Ann C . M . Smith المختص الوراثي في معهد الصحة الدولي[1] وإلين ماجينيس R . Ellen Magenis الطبيب في جامعة العلوم الصحية في ولاية أورجن[2] عام ١٩٨٦ (Smith , et al . ,1986) .

ويتصف معظم أطفال هذه المتلازمة بالوجه الواسع والمربع ، والعيون العميقة إلى الداخل ، وامتلاء الخدين ، وبروز الفك السفلي ، منتصف الوجه مسطح ، والفم يميل إلى الانخفاض ، والشفة العليا مقوسة للخارج ، وقد تكون ملامح الوجه غير واضحة بالشكل المناسب في مرحلة الطفولة المبكرة ، ولكن تبدو أكثر وضوحاً في مرحلة الطفولة المتأخرة وفي مرحلة البلوغ .

---

(1) National Institutes of Health.
(2) Oregon Health Sciences University.

وقد تكون اضطرابات النوم سمة بارزة لدى أطفال هذه المتلازمة ، والتي قد تبدأ في وقت مبكر من الحياة ، ويميل أصحاب هذه المتلازمة إلى النوم الكثير أثناء النهار ، ويجدون صعوبة في النوم والاستيقاظ لمرات متعددة كل ليلة .

ويرتبط أطفال هذه المتلازمة في علاقات شخصية ولكن لديهم العديد من المشكلات السلوكية ، وتشمل المشكلات السلوكية : نوبات الغضب المتكررة ، والعدوان ، والقلق ، والاندفاع ، وصعوبة الانتباه ، وإيذاء الذات ويشمل : العض ، والضرب ، وخبط الرأس ، وشد الجلد أو عض الجلد ، وهذا شائع جداً لدى أفراد هذه المتلازمة . وتعد معانقة الذات سمة سلوكية ربما تكون فريدة لأفراد هذه المتلازمة ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بلعق الأصابع بشكل قهري وكذلك لعق صفحات المجلات والكتب ، وهذا السلوك معروف lick and flip ، ولديهم قدرة مثيرة للإعجاب لذكر التفاصيل التافهة للناس والأشياء (Dafydd , et al . ,2000) .

وتشمل الأعراض أيضاً قصر القامة ، والانحناء غير الطبيعي في العمود الفقري والذي يسمى scoliosis ، وانخفاض الحساسية للألم والحرارة والأصوات القوية ، ولديهم تشوهات في الأذن قد تؤدي إلى فقد السمع ، ولديهم عيوب في العين قد تؤدي إلى قصر النظر Myopia ، والحول Strabismus ، ومشكلات الرؤية الأخرى ، ويتصفون بالجسم السمين ، وأفادت دراسات عن وجود اضطرابات في القلب والكلية لدى أفراد هذه المتلازمة (Richardson , 2010) .

ويتصف ذوي سميث ماجينيس بالإعاقة الفكرية البسيطة mild والمتوسطة moderate ، ويتراوح ذكاءهم بين ٢٠ – ٧٨ ، ويتراوح ذكاء معظمهم بين ٤٠ – ٥٤ ، وبالرغم من أن ذكاؤهم يتناقص خلال مراحل الطفولة إلا أنه قد يكون ذكاءهم في مستوي الإعاقة الفكرية البسيطة في مرحلة البلوغ ، وتأخر الكلام يحدث لدى ٨٤٪ منهم ، وقد تكون اللغة الاستقبالية أفضل من اللغة التعبيرية
(Richardson , 2010; Naomi , et al . , 2009) .

وترتبط متلازمة سميث ماجينيس بالكروموسوم ١٧ ، حيث أن معظم أفراد هذه المتلازمة لديهم حذف المادة الوراثية 17p11.2 من الكروموسوم ١٧. وبالرغم من أن هذه المنطقة تحتوي على العديد من الجينات الوراثية ، واكتشف الباحثون مؤخرا أن فقدان جين واحد خاصة حمض الريتينويك retinoic acid والذي يتضمن المادة الوراثية

RAI1 هو المسئول عن معظم السمات المميزة لهذه المتلازمة ، وأيضا هناك جينات أخرى داخل الكروموسوم ١٧ قد تكون مسئولة عن تغيير وشدة الملامح الإكلينيكية لهذه المتلازمة ، وفقدان الجينات الأخرى ربما يفسر اختلاف الملامح الإكلينيكية من حالة إلى أخرى من حالات متلازمة سميث ماجينيس ، ونسبة صغيرة من أفراد هذه المتلازمة لديهم تحور في الجين RAI1 بدلا من الحذف ، وهذا الطفرات أو الحذف يؤدي إلى إنتاج نسخة غير طبيعية أو غير وظيفية من البروتين RAI1 ، ويعتبر RAI1 عامل النسخ المشاركة في رسائل الاتصال بين DNA و RNA ، وترى بعض الدراسات أن هذه المتلازمة لا تورث ، حيث أن هذه الحالة تنتج من تغيير الوراثة أثناء تكوين الخلايا التناسلية " الحيوانات المنوية Sperm أو البويضة Eggs ، أو في المرحلة المبكرة لنمو الجنين ، وغالباً بل معظم المصابين بهذه المتلازمة ليست لديهم هذه المتلازمة في أسرهم ، أي ليس لديهم تاريخ عائلي لهذه المتلازمة
(Richardson , 2010; Girirajan , et al . , 2006)

ويتم تشخيص هذه المتلازمة عن طريق اختبارات الدم والذي يطلق عليه التحليل الخلوي الكروموسومي analysis (cytogenetic) chromosome أو اختبار FISH ، وقد يختلط تشخيص أطفال هذه المتلازمة مع بعض الاضطرابات مثل : اضطراب التوحد ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد سواء المصحوب أو غير المصحوب باضطرابات المزاج .

ويعتمد علاج المصابين بمتلازمة سميث ماجينيس على ضبط الأعراض المصاحبة ، وغالباً ما يتطلب الدعم صيغ متعددة منها العلاج الطبيعي ، والعلاج المهني وعلاج الكلام ، ويجب أن يستمر الدعم طوال الحياة ، وكثيراً ما تستخدم الأدوية لعلاج بعض الأعراض فقد يشيع استخدام عقار Supplements and Melatonin Trazodone لتنظيم اضطرابات النوم ، ويستخدم Risperdal لضبط السلوك العنيف ، ويستخدم Acebutolol لزيادة التركيز ، ولتحسين النوم ، ولضبط وقت النوم ، وتحسين السلوك (De Leersnyder , 2006; Hélène , et al . ,2001) .

متلازمة لانقر – قيديون Langer-Giedion syndrome :

وصف هذه المتلازمة الألماني Georg Klingmüller عام ١٩٥٦ ، ثم كلاً من الأمريكي Leonard Langer والسويسري Andreas Giedion عام ١٩٦٠ ، لذلك يطلق على هذه المتلازمة متلازمة لانقر - قيديون Langer-Giedion syndrome ، ويطلق على هذه المتلازمة trichorhinophalangeal syndrome type II (TRPS2) ، ويطلق عليها Langer-Giedion Chromosome Region (LGCR) ، وهي اضطراب وراثي نادر الحدوث (McBrien , et al . ,2008) .

ويتصف أفراد متلازمة لانقر – قيديون بصغر حجم الدماغ ، وملامح الوجه الفريدة ، وقصر القامة ، وتشوهات الهيكل العظمي Skeletal Abnormalities وتشمل وجود زوائد عظمية شاذة ، والأذن الكبيرة والبارزة ، والحواجب العريضة ، والأنف البصلي Bulbous Nose ، والشفة العلوية رقيقة ، والمنطقة بين الشفة العلوية والأنف طويلة ، وفقدان جزء من الأسنان ، وأصابع اليد صغيرة ، وأصابع القدم غير منتظمة ، وضعف العضلات ، والجلد زائد مترهل ، ومشكلات في السمع ، والشعر المتناثر Sparse Hair (Marwaha , 2006) . ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية ، وصعوبات التعلم .

وترجع أسباب هذه المتلازمة إلى نقص أو حذف جزء من الذراع الطويل للكروموسوم ٨ ، ويتراوح حجم المادة الوراثية المحذوفة من 8q23.2 إلى 8q24.1 ، والجزء المفقود هو TRPS1 and EXT1 . وهذه الجينات المفقودة مسئولة عن الخصائص العامة لمتلازمة متلازمة لانقر – قيديون (McBrien , et al . ,2008) .

ومعظم حالات متلازمة لانقر – قيديون غير موروثة ، ولكن تحدث بشكل عشوائي أثناء تشكيل الخلايا التناسلية في أحد آباء الطفل المصابة بهذه الحالة ، ويمكن أن تكون موروثة في حالات نادرة ، ويتم تشخيص متلازمة لانقر – قيديون عند الميلاد أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويتم استخدام اختبار Cytogenetic Testing ، ويصعب علاج حالات هذه المتلازمة نظراً لكونها حالة وراثية إلا أنه قد تتوافر أنواع متعددة من العلاج لعلاج الأعراض .

متلازمة كوهين Cohen syndrome :

تعرف هذه المتلازمة باسم متلازمة كوهين Cohen syndrome نسبة إلى Michael Cohen أول من وصفها عام ١٩٧٣ ، ويطلق عليها أيضاً Pepper syndrome ، وأيضاً نسبة إلى William Pepper ، ويطلق عليها Cervenka syndrome نسبة إلى Jaroslav Cervenka (Bugiani , et al .2008) .

ويتصف أفراد متلازمة كوهين بخلل البنية ، وصغر حجم الدماغ ، وشعر الرأس السميك ، وطول الأهداب ، وانخفاض الشفة العليا ، وارتخاء العضلات ، والمشكلات الحركية الشديدة ، ومرونة المفاصل ، ومشكلات في العين - وإن كانت قليلة - منها قصر النظر الشديد وضعف حدة الإبصار والعشى الليلي ، وضمور العصب البصري ، والتهاب المشيمة ، والحول ، ورأرأة العين ، وانخفاض الرؤية في الضوء الساطع ، كما يعانون من انخفاض عدد كرات الدم البيضاء ، والبكاء المميز ، وقصر القامة ، وتأخر سن البلوغ ، وضعف النمو في مراحل الطفولة المبكرة ، والسمنة في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة مع نحافة الذراعين والساقين ، وانحناء العمود الفقري[1] ، والأصابع القصيرة النحيفة ، وصعوبة التنفس والرضاعة لدى حديثي الولادة ، وقلة الوزن عند الولادة ، وقلة حركة الجنين في بطن الأم ، ويتصفون بالابتسامة المميزة والتي تكون أقرب إلى التكشير ، وبعض الحالات منهم يتصفون بخصائص الطفل الأوتيزمي ، ومن الشائع لديهم صغر الفك وارتفاع سقف الحلق ، وهناك أدلة تشير إلى وجود صلة بين متلازمة كوهين وأمراض اللثة periodontal disease (Avula & Avula , 2011; Marianna , et al . , 2008) .

ويرى بعض الباحثين أن ذوي متلازمة كوهين يكون ذكاؤهم في المستوى العادي (Kivitie-Kallio , et al . , 1999) إلا أن البعض يرى أن الإعاقة الفكرية لدى أفراد هذه المتلازمة يعد معياراً أساسياً (Kivitie-Kallio & Norio , 2001) .

وتوصلت بعض الدراسات والبحوث إلى أن أفراد متلازمة كوهين يعانون من قصور في السلوك التكيفي ، ومع ذلك يتصفون بالمستوى العالي على بعض أبعاد مقياس السلوك التكيفي ، فهم يتصفون بمستوى عالي في التوجيه الذاتي ، وتحمل المسؤولية ،

(١) الجنف .

والتنشئة الاجتماعية ، وبصفة عامة لديهم مستوى جيد من القدرات الاجتماعية (Kivitie-Kallio , et al . , 1999) ، وأكد ذلك (2003) . Chandler , et al حيث وجدا أن سلوكهم التكيفي في المستوى المتوسط على مقياس فايلاند للنضج الاجتماعي .

واختلف الباحثون بصفة عامة حول معاناة أفراد هذه المتلازمة من الاضطرابات إلا أن عددا كبيرا من الدراسات والبحوث توصلت نتائجها إلى أن أفراد هذه المتلازمة يعانون من كمية كبيرة من الاضطرابات السلوكية (Chandler , et al . , 2003) .

وتوصلت دراسة حديثة إلى أن هناك صعوبات سلوكية معينة شائعة لدى ذوي متلازمة كوهين ، فأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف العينة يعانون من الاضطرابات السلوكية حيث اجتاز أفراد العينة المستوى المناسب من السلوك ، كما كشفت الدراسة عن قصور في السلوك التكيفي على مقياس " فايلاند " للنضج الاجتماعي" ، ومعظم المشكلات كانت مرتبطة بتأخر النمو ، مثل صعوبة التركيز ونقص الانتباه واضطرابات المزاج ، واضطرابات الأكل ، ونوبات الغضب ، أما الأنشطة الاجتماعية المعادية للمجتمع مثل العدوان ، والتدمير ، والبلطجة ، والهروب ، والسب والكذب كانت نادرة لدى ذوي متلازمة كوهين ، والقليل جداً منهم أظهر فرط النشاط ، وسلوك التحدي ، والسلوك السلبي أو القصور في مراعاة مشاعر الآخرين كان أيضا غير شائع لديهم (Howlin , et al . , 2005 , 62) .

وكشفت بعض الدراسات عن وجود أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال والمراهقين من أفراد هذه المتلازمة ، حيث وجد (1996) . Fryns , et al أربعة أفراد من ثلاثة وثلاثين طفلاً ومراهقاً من ذوي متلازمة كوهين لديهم أعراض اضطراب التوحد .

ووجد (2000) Howlin أن أكثر من نصف العينة من ذوي متلازمة كوهين لديهم قصور في الفهم الاجتماعي ، وقصور في مهارات التواصل ، والسلوك النمطي والتكراري .

ولاحظ البعض أن ذوي متلازمة كوهين يتصفون بالسلوك الشخصي غير اللائق ، والسلوك النمطي والسلوك الشاذ (Kivitie-Kallio Kivitie-Kallio , 2000)

& Norio , 2001;) وعلى النقيض أشار Chandler , et al . (2003) إلى وجد دليل ضعيف يشير إلى وجود أعراض اضطراب التوحد لدى ذوي متلازمة كوهين .

وأشارت نتائج دراسة حديث إلى وجود معدل عالي من أعراض اضطراب التوحد لدى ذوي متلازمة كوهين ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الضعف العقلي وأعرض اضطراب التوحد ، حيث أشارت الدراسة إلى أن ذوي متلازمة كوهين مرتفعي الذكاء لديهم أعراض اضطراب التوحد أقل وضوحاً . وتشير نتائج الدراسة إلى احتمال وجود مجموعة فرعية من ذوي متلازمة كوهين تتصف بأعراض اضطراب التوحد ، حيث يتجمع الأفراد ذوي اضطراب التوحد من ذوي متلازمة كوهين عند منطقة معينة على المقياس المستخدم في الدراسة ، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى ذوي متلازمة كوهين . وهذا بالرغم من أن اللغة التعبيرية قد تكون أفضل لدى ذوي اضطراب التوحد (Howlin , et al . , 2005 , 62) .

وتحدث متلازمة كوهين بسبب طفرات في الجين الوراثي COH1 الموجود على الكروموسوم 8q22. وترى بعض البحوث أن هذه المتلازمة تنتقل بالوراثة المتنحية Autosomal recessive ، أي يكون كلا الوالدين حاملين للمرض ، وبالتالي يكون لدى الطفل نسختين تالفتين فيولد مصابا بالمرض ، وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ١٠٥٠٠٠ حالة ولادة .

(Athanasakis , et al . ,2012; Peeters , et al . , 2008; Kolehmainen , et al . , 2003) .

وقد يستخدم العلاج الطبي لعلاج الأعراض المصاحبة مثل مشكلات العين ، ومشكلات كرات الدم وغيرها ، فضلاً عن علاج مشكلات الكلام ، وكشفت دراسة أن علاج الأسنان بطرق خاصة فعالاً مع أفراد هذه المتلازمة في علاج مشكلات الأسنان لديهم ، وأن علاج الأسنان لديهم انعكس إيجابياً على قدراتهم الانفعالية والسلوكية ، ويمكن إدراج الطفل في البرامج التربوية المناسبة وبرامج التأهيل لتزويدهم بالمهارات الحياتية اللازمة (Adriana , et al . 2008) .

متلازمة ميللر- ديكر Miller-Dieker syndrome :

تعرف هذه المتلازمة باسم متلازمة ميللر- ديكر Miller-Dieker syndrome نسبة إلى أول من وصفها جيمس ميكر James Q . Milier عام ١٩٦٣ وبعده ديكر . H

Dieker ، ويطلق عليها أيضاً متلازمة Miller–Dieker lissencephaly syndrome (MDLS) ، وأيضاً chromosome 17p13.3 deletion syndrome ، وهي اضطراب وراثي خَلقي .

وتتميز هذه المتلازمة بعجز نمو المخ ، وانعدام تلافيف المخ فتتكون القشرة المخية من أربعة طبقات بدلا من ستة طبقات ، وصغر حجم الدماغ ، وتأخر النمو ، والإعاقة الفكرية ، وسمات الوجه المميزة ، وتشوهات في المخ والكلية والقلب والجهاز الهضمي ، والصرع ، وصعوبات في التغذية ، وتأخر حركي ، وارتخاء العضلات ، والقصور في تتبع الأشياء بالعين ، وغياب الاستجابة للابتسام حتى الشهر الرابع ، والأنف القصير ، والأذن الكبيرة ، والرقبة القصيرة ، والفك الصغير (Imen , et al . , 2011)

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية الشديدة Severe . وقد تكون الإعاقة الفكرية والفشل في النجاح من الملامح الرئيسة لهذا الاضطراب ، وبعض الحالات منهم تعاني من الصمم (Imen , et al . , 2011) .

وتحدث هذه المتلازمة نتيجة حذف جين أو أكثر من الجينات الموجودة على الكروموسوم 17p13 والجزء المحذوف يشمل LIS1 and 14-3-3 epsilon gene ، وأن وجود نسخة تالفة عند أحد الآباء كافية لحدوث الاضطراب ، ولا يعيش أفراد هذه المتلازمة إلى مرحلة ما بعد الطفولة ، وبالتالي لا ينتقل المرض إلى الجيل التالي (Suárez , et al . , 2006)

ويمكن تشخيص هذه المتلازمة عن طريق الاختبار الخلوي cytogenetic techniques ، وعن طريق اختبار microdeletion at LIS1 ، وأيضاً باستخدام فنية تقنية التهجين الموضعي الوميضي[1] . ويتم التشخيص أيضاً عن طريق ملاحظة الأعراض الإكلينيكية الظاهرة والتي تتمثل في الملامح الرئيسة لهذا الاضطراب وهي التأخر الحركي الشديد ، والصرع المرتبطة بنقص الاستجابة للعلاج ، واضطرابات الأكل (Suárez , et al . , 2006) .

(١) تقنيه التهجين الموضعي الوميضي fluorescence in situ hybridization (FISH) .

متلازمة "22q11DS" Deletion Syndrome :

وتشمل هذه المتلازمة متلازمات أخرى مثل DiGeorge syndrome (DGS) ، ومتلازمة conotruncal anomaly face syndrome ، ومتلازمة velocardiofacial syndrome ، ومتلازمة DiGeorge anomaly ، ومتلازمة Strong syndrome ، ومتلازمة Shprintzen syndrome ، ومتلازمة velo-cardio-facial syndrome , (Yonehara , et al . ,2002) .

وتم وصف هذه المتلازمة أول مرة عام ١٩٦٥ من قبل أنجلو ديجورج Angelo DiGeorge من فلادفيا ، وفي عام ١٩٧٨ وصف هذه الحالة Robert Shprintzen من نيويورك ، وتم الحديث عن هذه المتلازمة عام ١٩٩٠ من قبل بعض الباحثين ، وقام فريق من الباحثين البريطانيين بوصف هذه الحالة وأطلقوا عليها متلازمة كاتش ٢٢ Catch 22 Syndrome ، ويشير كل حرف من كلمة Catch إلى عرض معين من أعراض المتلازمة ، فيشير حرف S إلى stands for Cardiac anomaly ، ويشير حرف A إلى Anomalous face ، ويشير الحرف T إلى Thymic hypoplasia ، ويشير الحرف C إلى Cleft palate ، ويشير حرف H إلى Hypocalcaemia ، ويشير الرقم ٢٢ إلى رقم الكروموسوم . وبالرغم من ذلك فإن مسمى deletion syndrome (22q11DS) هو الاسم المعروف في العديد من الدوائر العلمية (O´ skarsdo´ttir , et al . , 2004 ,148) .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بعيوب في القلب ، وملامح الوجه غير الطبيعية ، والحنك المشقوق ، وشذوذ في الجمجمة ، والوجه طويل محدب ، والفك العلوي maxillae طويل ، وعيوب في البلعوم ، وأكثر استعداداً للإصابة بالأمراض المعدية ، وعجز في المهارات الحركية الدقيقة ، ويعانون من مشكلات في التغذية ، ومشكلات في الرؤية والسمع ، وعيوب في الأسنان ، والالتهابات المتكررة ، وتختلف الأعراض وشدتها من حالة إلى أخرى (Yonehara , et al . ,2002) .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية البسيطة Mild ، وتأخر الكلام ، وعجز عام في المبادأة الاجتماعية ، وصعوبات في التركيز والانتباه ، واضطراب في التفكير ، وبصفة عامة يعانون من صعوبات في اللغة والكلام ، ومشكلات في التعلم ،

ومشكلات انفعالية ، ويتصف المراهقين منهم بالفصام والاضطراب ثنائي القطب (Eliez , et al . , 2000; Oskarsdóttir , et al . , 1999)

وتحدث هذه المتلازمة نتيجة حذف جزء صغير من الذراع الطويل للكروموسوم ٢٢ ، وهذا الحذف قد يكون من منطقة بالقرب من منتصف الكروموسوم ، وهذا الجزء المحذوف هو 22q11 ، وبعبارة أخرى حذف جزء من المادة الوراثية التي يحملها الكروموسوم ٢٢ أو حذف 22q11DS (Yonehara , et al . ,2002) .

وتنتشر هذه المتلازمة بواقع حالة كل ٤٠٠٠ حالة ولادة ، وفي السويد قد يولد من ٢٠ إلى ٣٠ طفل كل عام ، وحتى هذا التاريخ يوجد في السويد حوالي ٢٠٠ – ٣٣٠ حالة ، ويتم التشخيص بعدة طرق منها تقنية التهجين الموضعي الوميضي واختبار Routine genetic testing الذي أصبح متاحا في الفترة من ١٩٩٣ – ١٩٩٤ O′ (skarsdo′ttir , et al . , 2004 ,148 :151) .

متلازمة مارفان Marfan's Syndrome :

وصف هذه المتلازمة لأول مرة الفرنسي Antoine Marfan عام ١٨٩٦ عندما لاحظ هذه السمات البارزة لدى طفلة عمرها خمس سنوات ، وكان Francesco Ramirez أول من وصف الجين المرتبطة بهذه المتلازمة في مركز جبل سيناء الطبي في نيويورك عام ١٩٩١.

وتتعدد الملامح التي تميز هذه المتلازمة ، فقد تصل إلى حوالي أكثر من ٣٠ ملمح ، ومعظم هذه الملاح تنصب على الهيكل العظمي ، فطولهم أعلى من المتوسط ، والبعض منهم يتصف بالطول ، والأطراف النحيلة وأصابع اليدين والقدمين قصيرة ، والأذرع طويلة بشكل غير متناسب ونحيلة وضعيفة ، وانحناء غير طبيعي في العمود الفقري ، والأقدام المسطحة ، وقد يصابون بهشاشة عظام في وقت مبكر ....إلخ . ويعانون من مشكلات في الرؤية مثل قصر النظر وطول النظر ، وانفصال الشبكية . . .الخ . ويعانون من ضيق التنفس ، وخفقان القلب ، وزيادة دقات القلب ، والذبحة الصدرية مع آلام في الظهر والكتف والذراع ، وعدم كفاءة الدورة الدموية ، ومشكلات في القلب قد تؤدي إلى الوفاة ، وأمراض الرئة ، والصدر أجوف .

وتحدث بسبب طفرات في الجين Fibrillin1 الموجود على الذراع الطويل للكروموسوم ١٥ ، وتؤدي هذه المادة إلى خلل في النسيج الضام ، ومن ثم تؤثر على العديد من خلايا الجسم (Kainulainen , et al . ,1994) . كما يؤدي هذا الخلل إلى الإعاقة الفكرية (Patrick , et al . , 2010) .

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ١٠٠٠٠ حالة أو ثلاثة حالات كل ٢٠٠٠٠ حالة ولادة ، وكشف بحوث أخرى أن نسبة الانتشار هي حالة كل ٣٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ حالة ولادة ، وتنتشر لدى البنين والبنات بنسبة متساوية ، ومعظم حالات الوفاة لأفراد هذه المتلازمة ناتجة عن مشكلات في القلب (Dennison & Certo , 2006) .

ويتم التشخيص بناءً على التاريخ العائلي وبعض المؤشرات الأولية والثانوية ، وقد تتداخل ملامح هذه المتلازمة مع العديد من الاضطرابات والمتلازمات الأخرى لذلك يتم الفحص من خلال الاختبارات الوراثية Genetic Testing وبعض الملامح الرئيسة التي تميز هذه المتلازمة .

ويحتاج أفراد هذه المتلازمة إلى العديد من البرامج التأهيلية والعلاجية ، وقد يكون العلاج الطبي ضروري لعلاج عيوب ومشكلات القلب والرؤية وغيرها من الاضطرابات المصاحبة لهذه المتلازمة ، كما يحتاجون إلى تدريبات وتمرينات حركية من النوع الآمن وتحت إشراف متخصصين حتى لا تؤثر هذه التمرينات سلبياً على أفراد هذه المتلازمة (Dennison & Certo , 2006) .

متلازمة سفرنتزين وجولدبيرج The Shprintzen-Goldberg syndrome :

يتميز أفراد هذه المتلازمة بطول القامة ، تطاول الرأس Dolichocephaly ، وانحناء الظهر ، وارتخاء العضلات ، وعيوب في القلب ، والإعاقة الفكرية ، وهي من الحالات النادرة ، وتحدث هذه الحالة بسبب طفرات في الجين الوراثي FBN1 أو تغيير في الجين الوراثي P1148A (Robinson & Godfrey , 2000) .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بتأخر الكلام واللغة ، واضطراب اللغة التعبيرية والاستقبالية ، فهم يعانون من مشكلات في الكلام ، وكل هذه المشكلات تجعل تواصلهم محدود وتفاعلهم مضطرب مع الآخرين (a Van Lierde) . et al . , 2007

متلازمة ويل مارتشيساني Weill -Marchesani syndrome

يتميز أفراد هذه المتلازمة بمشكلات في الرؤية وتشمل العدسة الصغيرة المكورة Microspherophakia ، وقصر البصر الحاد Severe Myopia ، والجلوكوما " المياه الزرقاء" Glaucoma ، وانفصال العدسات Dislocated Lenses ، وقصر الأصابع ، وتصلب المفاصل ، وأحياناً عيوب في القلب والإعاقة الفكرية ، وتحدث هذه المتلازمة بسبب طفرات في الجين الوراثي FBN1 ، أو طفرات في الجين الوراثي ADAMTS10 ، وأن هذا الجين له دور رئيس في النمو قبل وبعد الميلاد ، وفي نمو الجلد ، وفي نمو عدسات العين ، وله دور أيضاً في نمو القلب ، والطفرات في هذا الجين تعطل التطور الطبيعي لهذه الأبنية والتي تؤدي إلى الملامح الخاصة بمتلازمة ويل مارتشيساني ، وكشفت دراسات أن هذه المواد موجودة على الكروموسوم ١٩ ، ويرمز لها 19p13.3-p13.2 (Loeys , et al . , 2010;. Dagoneau , et al . ,2004; Faivre , et al . , 2002) .

وتعتبر متلازمة ويل مارتشيساني من المتلازمات النادرة حيث تنتشر بنسبة حالة كل ١٠٠.٠٠٠ حالة ولادة .

متلازمة تيرنر "45 ,X" Turner syndrome :

وصف هذه الحالة هنري تيرنر Henry Turner عام ١٩٣٨ عندما لاحظ مجموعة من الفتيات لديهن بعض الصفات المتقاربة ، وفي أوربا يطلق عليها Ullrich–Turner syndrome ، أو Bonnevie–Ullrich–Turner syndrome نسبة إلى الأطباء الأوربيين الذين وصفوا هذه الحالات في وقت مبكر ، وقد وصف هذه الحالة أيضاً Charles Ford عام ١٩٥٩ في لندن عندما لاحظ أعراض متلازمة تيرنر لفتاة عمرها ١٤ سنة .

وتحدث متلازمة تيرنر بسبب فقدان جزئي أو كلي لأحد الكروموسومات الجنسية ، حيث أنه من المعلوم لدينا أن الإناث لديهن زوج من الكروموسومات الجنسية يسمى XX والذكور لديهم زوج من الكروموسومات الجنسية يسمى YX ، فتتعرض الفتاة لفقدان جزئي أو كلي لأحد الكروموسومات والذي يكون مسئولاً عن الملامح الخاصة بمتلازمة تيرنر ، وبالتالي يكون عدد الكروموسومات لدى ذوات متلازمة تيرنر ٤٥ بدلاً من ٤٦ في الحالات العادية غير المصابة بمتلازمة تيرنر (Crespi ,2008; Monroy , 2002) . وهناك عدة أنماط من هذه المتلازمة ومنها ما يتصف بالإعاقة الفكرية (Berkovitz , et al . ,2004) .

وتتصف الفتيات المصابات بمتلازمة تيرنر بقصر القامة ، وتورم في اليدين والقدمين ، والصدر الواسع والحلمات المتباعدة عن الوضع الطبيعي ، وسمات الوجه المميزة ، ومشكلات في الرؤية ، وعيوب في القلب ، وشذوذ في الكلية ، وزيادة الوزن والسمنة ، والتهابات في الأذن ، وانقطاع الحيض أو عدم وجوده ، ومشكلات في الغدد التناسلية ، والعقم (Sybert & McCauley , 2004) .

ويتصف ذوي متلازمة تيرنر بالإعاقة الفكرية ، حيث تنتشر لدى ذوات متلازمة تيرنر بنسبة ٨٪ - ١٠٪ ، وضعف معرفي يؤثر على إدراك المهارات الحركية والمكانية ، وعجز في التنظيم البصري المكاني والمعرفة الاجتماعية ومهارات حلّ المشكلة غير اللفظية والوظيفة الحركية ، وبعض الدراسات أكدت أنهم لديهم ضعف في الذاكرة غير اللفظية والوظائف التنفيذية والقدرات الانتباهية
(Sybert & Mccauley ,2004; Ross & Mccauley ,2000)

وتنتشر صعوبات التعلم لدى حوالي ٧٠٪ منهم ، وتترجم إلى مشكلات في الحساب والإحساس بالاتجاه والوظيفة الاجتماعية ، وتظهر الصعوبات في المهارات المكانية ومهارات الحساب مبكراً ولكن مشكلات الفهم القرائي كمتطلب أكاديمي تبدو أكثر تعقيداً (Rovet , 2004; Sybert & Mccauley ,2004) .

وتختلف الخصائص المعرفية والسلوكية لدى ذوات متلازمة تيرنر من مرحلة عمرية إلى أخرى ، ففي مرحلة الطفولة أكد الآباء أن حوالي ٣٩٪ منهم يعانون من مشكلات حركية ، ٣٧٪ منهم يعانون من تأخر لغوي ، ٧١٪ منهم يعانون من مشكلات في التغذية ، وتبدأ مخاوف الآباء عندما يصل ذوات متلازمة تيرنر إلى سن المدرسة ، حيث يتصفون بانخفاض مستوى النشاط ، وقصور التركيز ، والعلاقات الاجتماعية المحدودة (Mazzocco , et al . ,1998; McCauley , et al . ,1995 Starke , et al . ,2003;)

وتأخذ الصعوبات المعرفية في مرحلة الطفولة دوراً كبيراً في التوافق السلوكي ، فمعظم البنات لديهن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فهم يعانين من عجز في ضبط ذواتهن ، ولديهن صعوبات في الوظائف التنفيذية ، فهم يعانين من صعوبات في الانتباه والتخطيط وفي الاستدعاء من الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة ، ولديهن ضعف في المهارات المعرفية والتي ربما تعزى إلى أنماط النشاط الزائد والذي

يلعب دوراً في النضج الاجتماعي ، ويعانين من مشكلات في العلاقات مع الأقران ، وهذا ما لاحظه الآباء والمعلمون (McCauley , et Buchanan , et al ., 1998 Ross& Mccauley , 2000; al . ,1995;)

وتتميز مرحلة المراهقة بالعديد من الخصائص بعضها يستمر من الطفولة وبعضها يظهر في مرحلة المراهقة ويختص بها . وتعتبر مشكلات نقص الانتباه ، والنضج والقلق والعزلة الاجتماعي من أكثر مشكلات مرحلة المراهقة عمومية ، ويستمر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من مرحلة الطفولة بمعدلات عالية ، وقد يكون مميزا بالعديد من مؤشرات عدم النضج الاجتماعي ، وتتصف البنات في هذه المرحلة بالاكتئاب ويظهر القلق في صور متعددة منها الخجل والانشغال في ترتيب الأشياء وحفظها والافتقار إلى المرونة وتغير الروتين .
. (Rovet , 2004; McCauley , et al . ,2001; Mazzocco , et al . ,1998)

ويكمن العجز المعرفي والعجز عن التعلم وراء الصعوبات الاجتماعية في مرحلة المراهقة ، حيث كشفت معظم الدراسات أن المراهقات يُسيئون أو يفشلون في إدراك تعبيرات الوجه الانفعالية ولغة الجسم بالرغم من وجود قلة من الدراسات تنكر ذلك . كما يعانين من قصور في مفهوم الذات والذي ربما يعكس مخاوفهن في المجال الاجتماعي . (Lawrence , et al . , 2003 Lesniak-Karpiak , et al . , 2003)

وتوصلت دراسة Van Pareren , et al .(2005) باعتبارها دراسة حديثة أن ذوات متلازمة "تيرنر" لديهن تقدير ذات منخفض واتجاه أقل إيجابية نحو جسدهن ، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود دليل يفيد وجود مشكلات سلوكية لديهم في فترة المراهقة .

وتناقض هذه الدراسة نتائج عدد كبير من البحوث والدراسات التي رأت أن المراهقات من ذوات متلازمة تيرنر يعانين من مشكلات سلوكية ، وقد نرجع نتائج دراسة Van Pareren , et al .(2005) إلى أن عينة الدراسة تم علاجها بهرمون النمو والذي ربما أدى أيضاً إلى خفض المشكلات السلوكية لدى عينة الدراسة .

وتختلف خصائص ذوات متلازمة " تيرنر " في مرحلة الرشد عن خصائصهم في مرحلتي الطفولة والمراهقة ، ففي مرحلة الرشد يبدون مستوى معقول من الرضا في العمل والرضا في الحياة الاجتماعية ، فبعض الدراسات تكشف عن مستوى مناسب في

الإنجاز التعليمي والإنجاز المهني والبعض منهم يتأخر في الوصول إلى المستوى المناسب في النمو ، وخصوصاً فيما يتعلق بالزواج أو الحياة المستقلة عن الآباء ، وفيما يتعلق بجودة الحياة كشفت دراسة أن ٢٥٪ منهم لديهن مشكلات في المدرسة (Pavlidis , et Verlinde , et al . 2004; Ross ,et al .2002; al . ,1995)

وتفيد الدراسات والبحوث التي تناولت الوظيفة الاجتماعية والانفعالية لدى ذوات متلازمة تيرنر المراهقات أن مفهوم الذات منخفض لديهن ، وهو متشابه مع مفهوم الذات المنخفض لديهن في الطفولة والمراهقة ، وأن المشكلات الصحية كانت مرتبطة بانخفاض الذات ، وأن ٨٦٪ يحتاجون إلى تحسين مفهوم الذات ، وأن حوالي ٧٢٪ منهن يعانين من الاكتئاب أحياناً ، ويعتبر المزاج المكتئب من الاضطرابات الأكثر شيوعاً والمرتبط بمشكلة العقم لديهن ، وهؤلاء النساء كان لديهم القليل من الأصدقاء في مرحلة المراهقة والذي ترتب عليه العزلة الاجتماعية في مرحلة الرشد ، ويعانين في مرحلة الرشد من الميول الجنسية الغيرية ، ويتأخرن في بدء العلاقات الجنسية .

(Cardoso , et al . , 2004;_Pavlidis , et al . ,1995; _Sylven , et al . ,1993)

وبصفة عامة تعاني البنات من ذوات متلازمة تيرنر من تأخر في النمو الاجتماعي والانفعالي ولكن معظم البالغات منهن لديهن استقرار انفعالي ومكتفين ذاتياً في حياتهن ومستقلين في إنتاجهن عن الراشدين ، وما زالت الجهود مبذولة لفهم العوامل التي أدت إلى الأنماط السلوكية التي تميز ذوات متلازمة تيرنر وبما فيها العوامل الوراثية والهرمونية والبيئية .

وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ٢٠٠٠ حالة ولادة ، وهي تختص بالإناث ، وأن حوالي ٩٩٪ من الأجنة المصابة بمتلازمة تيرنر تتعرض للإجهاض الطبيعي في الثلاثة الشهور الأولى من الحمل (Donaldson , et al . ,2006) .

ويمكن تشخيص هذه المتلازمة بعد الولادة في أي عمر ، وغالباً ما يتم التشخيص عند الولادة عن طريق بعض الملامح الإكلينيكية مثل مشكلات القلب وتورم اليدين والقدمين واتساع الرقبة ، وفي بعض الحالات لم يتم تشخيصها لعدة سنوات حتى تصل الفتاة إلى سن البلوغ وهنا يُلاحظ عدم وجود الملامح الخاصة بمرحلة البلوغ ، ويتم التشخيص أيضاً في مرحلة الحمل باستخدام التقنيات الطبية ومنها جهاز فوق الموجات الصوتية .

ويحتاج ذوات متلازمة "تيرنر" إلى برامج علاجية متنوعة منها لخفض الأعراض المصاحبة لهذه المتلازمة فهي حالة غير قابلة للشفاء ، فقد يستخدم هرمون النمو والذي يساعد على زيادة النمو ، والإستروجين Estrogen الذي يساعد على تحسين الصفات الجنسية الثانوية ، وهناك التكنولوجيات الحديثة للإنجاب Modern Reproductive Technologies والتي يمكن تساعد ذوات متلازمة "تيرنر" على الحمل عن طريق بويضة مخلقة تحملها ذات متلازمة "تيرنر" (Bolar , et al . ,2008; Davenport , et al . ,2007).

الورم العصبي الليفي (NF-I) Neurofibromatosis :

تم وصف هذه الحالة من قبل الألماني F . D . Von Recklinghausen عام ١٩٨٢ ، ويرجع هذا المرض إلى القرن السادس عشر حيث عرفه الإيطاليون ، ونسبة انتشار هذه المتلازمة حالة كل ٤٠٠٠ حالة ولادة ، وتحدث هذه المتلازمة نتيجة طفرة في الجين neurofibromin1 الموجودة على الكروموسوم 11.217q ، وهو اضطراب جيني أحادي ، وتتصف بالورم العصبي الليفي في الفم والذي ينتج عنه ضخامة اللسان ، والأورام العصبية الجلدية الليفية ، وعدم انتظام الأسنان ، والأورام العصبية الليفية المتعددة ، وتشوه العظام ، والبعض منهم لديهم تاريخ أسري سابق لهذا المرض ، وبعضهم يتصف بالجنف أو اعوجاج العمود الفقري ، وقصر القامة ، وصغر حجم الدماغ ، وهو مرض يصيب الذكور والإناث (Trovó- Kayes , et al . ,1992 Marqui , et al . ,2005;)

وفيما يتعلق بالإعاقة الفكرية حوالي ٣٥٪ منهم يعانون من الإعاقة الفكرية ، وحوالي ٧٦٪ منهم لديهم صعوبات تعلم (Schena , et Trovó-Marqui , et al . ,2005 al . , 2007;) .

ويتميز أفراد هذه المتلازمة بالعجز المعرفي العصبي ومنه الأداء البصري غير العادي ، وقصور في التآزر البصري الحركي ، ويعانون من قصور في العمليات المعرفية والعقلية مثل : الإدراك ، والتحويل ، والتخطيط ، والتنظيم ، والضبط الانفعالي ، والذاكرة العاملة ، والانتباه ، والتشكيل ، وصعوبات في اللغة والكلام ، ويعانون من الاضطرابات السلوكية والاجتماعية ، فهم يعانون من اضطرابات داخلية وخارجية ، ومشكلات مدرسية ، وقصور في مهارات السلوك التكيفي ، واضطرابات الانتباه بأنواعها المختلفة (Potter , 2006) .

ويعانون من قصور في المهارات الاجتماعية ، ويتمثل القصور في مهارات التعاون ، والتأكيد ، والمسؤولية ، والتعاطف ، والضبط الذاتي ، ويعانون من العدوان والجنوح ، ويعانون من مشكلات أكاديمية في القراءة والتهجي والحساب
. (Barton & North , 2004)

ويعانون من بعض سمات اضطراب التوحد ، ومشكلات في العلاقات مع الأقران ، واضطرابات المسلك "التصرف" (Huijbregts & Sonneville , 2011) .

متلازمة بيرلمان Perlman syndrome :

يطلق عليها مسميات عدة مثل Renal Hamartomas or Nephroblastomatosis or Fetal Gigantism ، وهي متلازمة نادرة ، حيث تنتشر بنسبة حالة كل ١٠٠٠٠٠٠ ، وتنتشر لدى الذكور والإناث بنسبة ٢ : ١ ، والجين المسؤل عنها في بعض الحالات هو DIS3L2 الموجود في المنطقة 2q37.2 في الكروموسوم الثاني ، وفي بعض الحالات توجد علاقة بين الإصابة بهذه المتلازمة وانقسام الخلايا الدوري ، وبصفة عامة هي متلازمة معقدة تتعدد أسبابها وبعض الحالات غير معروفة السبب ، ويجب الحذر عند تشخيص هذه المتلازمة حيث يوجد تشابه بينها وبين بعض المتلازمات الأخرى مثل متلازمة Beckwith–Wiedemann syndrome ، ومتلازمة Simpson-Golabi-Behmel syndrome (Astuti , et al .2012; Piccione , et al . ,2005) .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة باختفاء الخصيتين وقد يكون شائع لديهم ، وشكل الأنف غير عادي ، ويعانون من مشكلات في الكلية مثل الورم والخلل في نسيج الكلية ، وارتخاء العضلات ، والخلل في بنية الوجه ، والتشوه ، وضخامة الجسم والأحشاء ، وقد تكون هناك زيادة في حجم الجسم أو في جزء من الجسم عند الولادة ، والإعاقة الفكرية شائعة بين هذه الحالات (Fahmy , et al . ,1998) .

متلازمة بروني بيلي Prune-Belly Syndromes :

يتصف أفراد هذه المتلازمة بالنقص في عضلات البطن ، وتشوه في مجرى البول ، وترهل وتجعد جلد البطن ، واختفاء الخصيتين شائع لدى الذكور ، وقد يكون شكل الوجه عادي ، والإعاقة الفكرية غير شائع ، إلا أن هناك بعض الحالات منهم تعاني من

الإعاقة الفكرية ، وبعض الحالات تعاني من العجز السمعي ، وقد يكون أكثر انتشاراً بين الذكور حيث أن أكثر من ٩٥٪ ذكور ، وبصفة عامة تنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ٣٥٠٠٠ أو حالة كل ٥٠٠٠٠ حالة ولادة (Oka , et Fahmy , et al . ,1998 Tonni , et al ,2013;. al . ,2011;)

متلازمة آلبورت Alport syndrome :

اكتشف هذه المتلازمة Cecil A . Alport عام ١٩٢٧ في أسرة بريطانية لذلك أطلق عليها اسمه ، وقد يطلق عليها أيضا hereditary nephritis ، وهي اضطراب وراثي يحدث نتيجة حذف أو طفرات في المادة الوراثية *COL4A3* , *COL4A4* , or *COL4A5* الموجودة على الكروموسوم Xq22.3 أو نتيجة جينات وراثية أخرى غير معروفة .

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالالتهاب الكلوي المتزايد ، حيث تبدأ بتدمير الأوعية الدموية الدقيقة وبالتدريج قد تفقد الكلية وظائفها تماماً ، والذي قد يترتب عليه وجود دم في البول ، وتورم في القدمين أو الساقين ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة أيضاً بفقدان السمع ، ومشكلات في العين ، وارتفاع ضغط الدم ، وهي تصيب الذكور والإناث ، وقد تظهر لدى الذكور في وقت مبكر وقد تكون أشد ، وتنتشر هذه المتلازمة بواقع حالة كل ٥٠٠٠ حالة ولادة (Fitness , 2013;. Kashtan ,2000)

ويتصف ذوي متلازمة آلبورت بالذكاء العادي ، غير أن هناك حالات تتصف بأعراض متلازمة آلبورت والإعاقة الفكرية ، وهي حالات تنتج عن طفرات في الجين COL4A5 الموجود في المنطقة Xq22.3 (Meloni , et . Jonsson , et al . ,1998 al . ,2002;)

متلازمة ستيرج ويبر Sturge-Weber syndrome :

يرجع اكتشاف هذه المتلازمة إلى كلاً من **and F Weber W . Sturge** . عام ١٨٧٩ ، ويطلق عليها أيضا **encephalotrigeminal angiomatosis** ، وهو اضطراب ولادي نادر الحدوث ، فهو ينتشر بنسبة حالة كل ٥٠.٠٠٠ أو ٦٠.٠٠٠ حالة ولادة ، ويصيب الذكور والإناث ، وقد تحدث بصفة فردية داخل الأسرة ، وفي بعض الأحيان قد تكون هناك أكثر من حالة داخل الأسرة الواحدة .

ويتصف ذوي متلازمة ستيرج ويبر بعدة أعراض منها الجلوكوما[1] ، والتشنجات والتي غالبا ما يصاحبها اضطرابات عصبية ، والوحمات النبيذية[2] في الوجه ، وتمثل الأعراض الثلاثة الأعراض الأساسية لهذه المتلازمة . وتنتشر الوحمات النبيذية لدى حوالي ٩٨٪ منهم ، وقد تكون هذه الوحمة واحدة في أحد الجانبين ، وقد تكون ثنائية واحدة في كل جانب ، وفي بعض الحالات قد توجد الوحمات في الجذع أو الأطراف ، مع ملاحظة أنه ليس كل ذوي الوحمات النبيذية من متلازمة ستيرج ويبر .

وتنتشر التشنجات لدى الغالبية من أفراد هذه المتلازمة ، وقد يكون هناك صعوبة بالغة في ضبطها ، وتحدث هذه التشنجات في وقت من الميلاد وحتى البلوغ ، أما الجلوكوما فقد تحدث بنسبة ٦٠٪ لديهم ، وقد تكون ملاحظة منذ الميلاد ، أو قد تحدث في أي وقت خلال مراحل الحياة ، والغالب أن تحدث الجلوكوما في أحد العينين ، وقد تحدث في كلتا العينين في بعض الحالات ، وبعضهم يعاني من الشلل النصفي ، ومشكلات في الأسنان

(Gil & Bhaskar , 2010 , 183-185; Sujansky & Conradi , 1995 , 35-45)

ويصاحب التشنجات في متلازمة ستيرج ويبر الإعاقة الفكرية ، والتي تتطلب خدمات تربية خاصة ، وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة الفكرية بينهم حوالي ٥٤٪ ، وقد يصاحبها أيضا تأخر نمائي واضطرابات سلوكية وانفعالية ، وقد تؤدي الأعراض المرضية لذوي متلازمة ستيرج ويبر إلى الكثير من الأعراض الأخرى مثل الاكتئاب والصداع ، وإيذاء الذات

. (Manivannan , et al . ,2012; Sujansky & Conradi , 1995 , 35-45)

فقر الدم المنجلي Sickle Cell Anemia :

وصف هذا المرض لأول مرة Herrick , J . B عام ١٩١٠ ، ثم ظهرت حالتان عام ١٩١١ وعام ١٩١٥ ، وتم استخدام مصطلح الأنيميا المنجلية Sickle Cell Anemia لأول مرة من قبل Mason , V .R . عام ١٩٢٢ عندما وصف أربعة حالة لهذا المرض ، ويطلق عليه أيضا مرض المنجلية Sickle Cell Disease ، وهو مرض فقر

---

(١) الجلوكوما Glaucoma (ارتفاع الضغط داخل مقلة العين) .

(٢) الوحمة النبيذية port wine stain .

دم الخلالي يصيب كريات الدم الحمراء ، فيحدث تكثر فيها ، وهو من أمراض الدم الوراثية المشهورة على مستوى العالم ، ويحدث أكثر في الشرق الأوسط ، والهند ، ودول حوض البحر المتوسط ، ويطلق عليها المنجلية لأن كرات الدم الحمراء المصابة تأخذ شكل " المنجل[1] " .(Mehanna , 2001) .

وينتشر هذا المرض بين الذكور والإناث ، ومتوسط عمر الذكور حوالي ٤٢ سنة ، ومتوسط عمر النساء ٤٩ سنة ، ومع ظهور التقنيات الحديثة في ضبط المرض قد يرتفع متوسط العمر إلى أكثر ٥٠ سنة . وهو أكثر انتشارا في المناطق المصابة بالملاريا (Memish , & Saeedi , 2011 Rees , et al .2010) .

وتبدو أعراض هذا المرض في الدوار والدوخة ، وضعف المناعة ، وتجلط الدم ، وخلل في شبكية العين ، وقصور في القلب ، وتضخم وقصور في الطحال ، ومشكلات في الكلية ، وتكوّن الحصوات في المرارة ، وقد يؤدي هذا المرض في بعض الأحيان إلى الموت (Serjeant , 1974) .

وأفادت بعض البحوث والدراسات أن ذوي مرض الأنيميا المنجلية معرضين لخطر الإصابة بالاضطرابات النمائية ومنها الإعاقة الفكرية والتهاب الدماغ ، وكشفت بعض الدراسات أن ذكاءهم في المعدل العادي إلا أنه نظراً لبعض المشكلات والاضطرابات المترتبة على الأنيميا المنجلية فهم معرضون لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية البسيطة ، فضلا عن ذلك فهم يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية وانخفاض في الإنجاز الأكاديمي (Ashley-Koch , et al . 2001: Chua-Lim , et al . , 1993) .

متلازمة أتركس[2] The ATRX syndrome :

تم تسمية هذه المتلازمة باسم الجين المسؤول عنها ، وهو الجين ATRX ، وتم التعرف على هذا الجين عام ١٩٩٥ ، وتحدث هذه المتلازمة نتيجة طفرات في الجين ATRX ، وهذا الجين موجود على الكرموسوم X ، وقد تؤدي هذه الطفرات في بعض الحالات إلى موت الجنين قبل الولادة ، ومن أهم الأعراض الإكلينيكية لهذه المتلازمة ملامح الوجه المميزة والشذوذ في الأعضاء التناسلية ، وعادة ما ترتبط الطفرات في هذا

---

(١) المنجل : هي آلة يحصد بها المزارع الحشائش .

(2) Alpha Thalassaemia X-linked mental retardation

الجين بالإعاقة الفكرية الشديدة Sever ، فالكلام على سبيل المثال غائب أو محدود جداً ، وهي متلازمة نادرة الحدوث (Chelly , & Mandel , 2001 ,672) .

ويوجد الجين المسؤول عن هذه المتلازمة في المنطقة Xq13.3 ، ويطلق على الجين ATRX مسمى Xh2 and XNP (Gibbons et al . , 2000; Cardoso et al . , 2000)

وأضاف Thienpont , et al . (2007) أن أفراد هذه المتلازمة يتصفون بالإعاقة الفكرية الشديدة Sever ، والشديدة جداً Profound ، ويتصفون بالتشنجات ومرض ألفا ثلاسيميا Alpha Thalassaemia. .

متلازمة كوفين ولويري Coffin–Lowry syndrome :

وصف هذه المتلازمة أول مرة Coffin , et al . عام ١٩٦٦ عندما وصف حالة رجلان يتصفان بالإعاقة الفكرية الشديدة ، والبنية الصغيرة ، وتشوهات الهيكل العظمي ، والوجه الخشن ، والأيدي الكبيرة والناعمة ، وبعد خمس سنوات وصف Lowry , et al . عام ١٩٧١ ملامح إكلينيكية متشابهة في أسرة كبيرة كان فيها ١٠ أفراد متأثرين بهذه المتلازمة ثم جاء Temtamy , et al . عام ١٩٧٥ ، وبصفة عامة كانت الأعراض لدى النساء أخف من الذكور ، ولاحظ أن تقرير Coffin مشابه لتقرير Lowry ووصف ثمانية حالات لهذه المتلازمة في ثلاثة أسر (Lowry , et al . ,1971 ,Chiurazzi & Oostra , 2000; Temtamy , et al . ,1975;)

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية الشديدة severe والخلل في بنية الوجه ، وتشوه الهيكل العظمي المتدرج ، وهناك ملامح أقل تكراراً تتمثل في الصمم ، وعيوب في الكلية ، والجين المسؤول عن هذه المتلازمة RSK2 ، ويطلق عليه أيضا RPS6KA3 ، وهذا الجين موجود على الكرموسوم x (Chelly , & Mandel 2001 ,672)

ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالأيدي الكبيرة والناعمة وارتخاء الجلد ، ويتصفون بالوجه الخشن والجبهة البارزة ، والشفاة السميكة ، وعدم انتظام الأسنان والبعض منها مفقود ، والبعض منهم يعانون من التشنجات (Touraine , et al . , 2006) .

متلازمة نونان Noonan Syndrome :

تحدث هذه المتلازمة نتيجة طفرات في الجين PTPN11 الموجود على الكروموسوم 12q24 ، وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ١٠٠٠ حالة ولادة أو حالة كل ٢٥٠٠٠ حالة ولادة ، وتحدث عن طريق الوراثة السائدة Autosomal dominant ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بتأخر مراحل النمو في وقت مبكر ، وقصر القامة ، واختفاء الخصيتين ، وتشوهات في القلب لدى ٥٠٪ منهم ، والوجه المميز ، وارتخاء العضلات ، وفيما يتعلق بالإعاقة الفكرية توجد حالة إعاقة فكرية بسيطة كل ثلاثة حالات من أفراد هذه المتلازمة (Jongmans , 2005; Zenker , 2004) .

متلازمة فينقولد Feingold Syndrome :

وصف هذه المتلازمة Feingold , et al ، وهي حالة تتصف بصغر الدماغ ، والشذوذ في الوجه واليد ، ورتق في الإثنى عشر ، وشذوذ في اليد ، ويتضمن القصر في الأصبع الثاني والخامس من اليد ، مع انحراف الأصابع ونقض نسيج الأصبع الأوسط ، وصغر الفك ، وتشوه الأذن ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية . وقد يكون الجين MYCN مسؤول عن هذه المتلازمة (van Bokhoven , et al . ,2005) .

متلازمة آرسكوج Aarskog's syndrome :

وصف هذه الحالة طبيب الأطفال ومختص علم الوراثة البشرية النرويجي Dagfinn Aarskog عام ١٩٧٠ ، ثم وصف نفس هذه الأعراض أخصائي الوراثة الطبية الأمريكي Charles I . Scott عام ١٩٧١ ، ويطلق عليها أيضاً متلازمة Aarskog–Scott syndrome ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بقصر القامة ، والوجه الدائري ، وتأخر نمو الأسنان ، والأنف الصغير ، والعيون واسعة والجفون متدلية ، وقصر الرقبة ، وقصر أصابع اليدين والرجلين ، وتأخر النضج الجنسي ، ويتصف أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الفكرية ، ومعظمهم من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة ، وتحدث هذه المتلازمة نتيجة طفرات في الجين الوراثي FGDY1 الموجود في المنطقة p11.21 على الكروموسوم الجنسي X ، وبذلك تنتشر هذه المتلازمة لدى الذكور ، وتكون بشكل أخف لدى الإناث (Saggese , et al . ,1983) .

حالات اضطراب التمثيل الغذائي :

يرى جيلدنر وآخرون (١٩٨٣) أن هناك الكثير من أمراض التمثيل الغذائي المورثة مثل : حالات الفنيكيتونيوريا ، وتاي ساك ، ومرض نيمان بيك ، والجلاكتوسيميا ، ومرض هرلر (السيد الشربيني ، ٢٠٠٨ ، ١٩٩) . وبالإضافة إلى ما سبق يرى عبد المطلب القريطي (٢٠١١ ، ٢٢٠) أن حالات اضطراب التمثيل الغذائي تشمل : حالات الهيبوجيليسيميا . ونعرض هذه الحالات على النحو التالي :

حالات الفنيكيتونيوريا Phenyiketonuria (PKU) :

تعود هذه الحالات إلى الطبيب النرويجي "فولنج Asbjorn Folling" عام ١٩٣٤ ، فقد لاحظ أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغير لون بول الطفل عند إضافة حامض " الفيرك " من اللون الأحمر إلى اللون البني إلى اللون الأخضر ، وقد عزا " فولنج " حدوث الإعاقة الفكرية لدى هؤلاء الأطفال إلى اضطراب التمثيل الغذائي لحامض "الفينلين" Amino Acid Phenylalanine ، وتفسير ذلك أن حالات PKU تعود إلى أسباب وراثية تبدو في نقص كفاءة الكبد في إفراز الإنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض "الفينلين" ، وبسبب سوء هضمه بالطريقة المناسبة فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة الفكرية (فاروق الروسان ، ٢٠٠١ ، ١٠٤ – ١٠٥) .

ويذكر "كنوس (١٩٧٢)" أن عددا قليلا من الأفراد المصابين بهذا الخلل يتعدى ذكاؤهم ٥٠ بينما لدى معظم الحالات يكون الذكاء أقل من ذلك ، ويرى "ليمان (١٩٦٣)" أن حوالي ٦٤٪ من حالات PKU الذين تركوا دون علاج يكون ذكاؤهم منحصر ما بين صفر – ٢٠ ، ويكون ذكاء ٢٣٪ منهم في المدى من ٢١ – ٤٠ ، بينما ١٠٪ منهم في المدى من ٦١ – ٨٠ ، ويكون ١٠٪ في المدى من ٨١ – ١٠٠ ، وتوجد حالات لم تعالج من هذا الخلل ولم تصب بالإعاقة الفكرية لكنها حالات نادرة ، وفضلاً عن انخفاض الذكاء فهذه الفئة تعاني من العيوب العقلية ، والاختلالات العضلية والسلوكية ، فهم يتصفون بعدم الثبات الانفعالي ، والعدوانية ، ونوبات الهياج ، والفصام ، وهم غير ودودين وغير سعداء (محمد محروس ، ١٩٩٧ ، ٩٥– ٩٦) .

وتتميز هذه الفئة بانخفاض نسبة الذكاء حيث تقع هذه الحالة ما بين الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة ، والغالبية منهم يقع ذكاؤهم بين ٢٥ – ٥٠ ، وتتميز هذه الفئة التي لم تخضع للعلاج من الناحية الجسمية بلون الشعر الأشقر ، والعيون الزرقاء ، ولون البشرة الفاتحة مقارنة مع لون بقية العائلة ، والجلد الرقيق والجمود ، وفرط النشاط الحركي ، ويكون حجمهم أصغر من أقرانهم في العمر الزمني ، والبنات أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب من البنين (خولة يحي ، وماجد عبيد ، ٢٠٠٥ ، ٢٨) .

ويمكن التعرف على هذه الحالات عن طريق اختبار كلوريد الحديديك ، أو شرائح مشبعة بكلوريد الحديدك ، أو عن طريق اختبار جثري .

مرض تاي – ساك[1] Tay – Sache Disease :

يطلق على هذه الحالة "تاي – ساك" نسبة إلى مكتشفي هذا المرض وهما "واين تاي" الإنجليزي و "برنارد ساك" الأمريكي ، ويطلق عليه أيضا "العته العائلي المظلم" ، وهي حالة من حالة اضطراب التمثيل الغذائي ، ويتميز أفراده بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلي وضمور العصب البصري مع شلل في كل الجسم ، ينتهي بالوفاة في سنوات بسيطة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٧٠٧ – ٧١٦) .

وينتشر هذا النوع بين اليهود الإشكيناز ، وهم اليهود الذين ترجع أصولهم إلى شرق أوربا ، وكثير منهم يكونون حاملين للعيب الوراثي المتنحي الذي يؤدي إلى قصور في التمثيل الغذائي للدهون ، ويمكن التعرف على هذه الحالات عن طريق فحص السائل الأمينوسي المحيط بالجنين ، ويولد الطفل الذي يحمل مرض "تاي – ساك" عادياً ثم تظهر عليه العيوب بين الشهر الثالث والشهر السادس من العمر ، وحتى نهاية العام الأول من العمر ، فيعاني من فقدان بعض الوظائف الحركية وانتكاسها ، ويصبح غير قادر على الجلوس أو الزحف أو القبض على الأشياء ، كما يتدهور بصر الطفل ، وتتآكل الأحبال العصبية للعصب البصري مما يؤدي في النهاية للعمى ، وتحدث الوفاة بين العام الأول والعام الثالث من العمر ، أو يتأخر عن ذلك قليلاً (محمد الشناوي ، ١٩٩٧) .

(١) ويطلق عليها حالات ترسيب الدهون .

ويفشل هؤلاء الأفراد في تعلم المهارات الجديدة ، ويظهرون استثارة للأصوات وتشنجات ، وارتخاء العضلات بعد السنة الأولى ، ثم تنشط المنعكسات العصبية مع تقلصات وصلابة العضلات ، وتتكون بقع حمراء يحيط بها جزء أبيض في البقعة البصرية في قاع العين (محمودة حمودة ، ١٩٩٨) .

حالة الجلاكتوسيميا Galactosemia :

وتنج هذه الحالة نتيجة فشل جسم الطفل في التمثيل الغذائي لسكر اللبن وتحويله إلى سكر جلوكوز مما ينتج عنه زيادة تركيز اللبن في الدم فيؤثر على النشاط العصبي (عبد المطلب القريطي ، ٢٠١١ ، ٢٢٠) .

وهي إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجوده في كلا الوالدين ، وحدوثه أكثر ندرة من حالات PKU ، وكثيرا ما يموت الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة ، أو يصابون بالإعاقة الفكرية ، إذا استمروا بدون علاج على قيد الحياة (خولة يحيى ، وماجدة السيد ، ٢٠٠٥ ، ٢٩) .

متلازمة هرلر Hurler syndrome :

تم الكشف عن متلازمة هرلر لأول مرة على يد الطبيب الألماني Gertrud Hurler عام ١٩١٧ ، وتعرف هذه المتلازمة بمرض type mucopolysaccharidosis I (MPSI) ، وتعرف بمرض gargoylism ، وتعرف أيضاً بمرض هرلر Hurler Disease .

وتحدث بسبب طفرات في الجين المرمز alpha-L-iduronidase (IDUA) الموجوده على الكروموسوم 4p16.3 ويؤدي هذا الجين إلى تدهور glycosaminoglycans أو mucopolysaccharides وخصوصاً heparin sulfate and dermatin sulfate ، وتؤدي هذه الطفرات إلى تراكم glycosaminoglycans في العديد من الخلايا وخصوصا المخ والكبد والطحال والجلد ، وهذه المتلازمة من المتلازمات الوراثية النادرة ، حيث تنتشر هذه المتلازمة بنسبة حالة كل ١٠٠.٠٠٠ حالة ولادة (Bjoraker , et al ., 2006 ; Heinecke , et al . ,2011)

وقد يكون الأطفال من متلازمة هرلر عاديين عند الولادة تقريباً ما عدا فتق في السرة ، وقد يظهر عليهم تدهور تدريجي يؤدي إلى الوفاة قبل العقد الثاني من العمر

بسبب مشكلات التنفس والقلب ، ويتصفون بتأخر نمو الأسنان ، وعدم تطابق الأسنان ، وشذوذ الأسنان ، ونقص في نسيج طبقة المينا ، وتأخر في نمو جذور الأسنان ، وعدم تخلق بعض الأسنان ، وقد تنتهي حياة البعض منهم في المرحلة العمرية من ٥ : ١٠ سنوات Muenzer , (et Bjoraker , et al . ,2006; Wraith , 2005 al . ,2009;)

ويتصف المصابون من متلازمة هرلر بالعديد من الصفات ، وأهم ما يميزه الإعاقة الفكرية والتي تعد أكثر وضوحاً (ألدون جاردنر ، بيتر سنستاذ ، ١٩٩٩ ، ٨٤٣) .

مرض نيمان – بك Neimann-Pick disease :

مرض نيمان – بك هو أحد أمراض أو اضطرابات التمثيل الغذائي ، وقد يحدث نتيجة الخلل الوظيفي للتمثيل الغذائي للمادة الدهنية sphingolipids . والتي تكون موجودة في الأغشية الخلوية cell membranes ، وبالتالي قد تترسب هذه المادة في الكبد والطحال مما تسبب في تضخم الكبد والطحال والذي يسبب انخفاض الشهية وانتفاخ البطن وبعض الآلام ، وقد تتراكم أو تترسب هذه المادة أيضاً في الجهاز العصبي المركزي بما في ذلك المخيخ ، والذي ينتج عنه المشية غير المستقرة ، والإدغام في الكلام ، وعسر البلع ، وارتخاء العضلات ، واضطرابات في النوم ، والإعاقة الفكرية . (Spiegel , et al . ,2009;. Patterson & Platt , 2004)

حالة الهيبوجيليسيميا Hypoglycemia :

يعرف هذا المرض بأنه حالة من نقص السكر في الدم لدى حديثي الولادة ، وقد تؤدي هذه الحالة إلى التشنجات وتلف الدماغ ، وفي وقت لاحق قد تؤدي إلى الإعاقة الفكرية أو صعوبات التعلم أو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد . (Millichap ,2010 ,18)

الفصل الثامن
الوقاية من الإعاقة الفكرية

- الوقاية من الدرجة الأولى .
- الوقاية من الدرجة الثانية .
- الوقاية من الدرجة الثالثة .

الفصل الثامن
الوقاية من الإعاقة الفكرية

يبذل المجتمع جهوداً كبيرة في رعاية الإنسان ، وهذه الجهود بصفة عامة يمكن حصرها في ثلاثة محاور رئيسة هي "التنمية ، والوقاية ، والعلاج" ، ويقصد بالتنمية الجهود التي تبذل في تعليم وتطوير وتهذيب الإنسان منذ الميلاد ، وفيها تتم تنمية قدرات وطاقات واستعدادات وميول الفرد ، واسغلالها إلى أقصى درجة ممكنة .

ويقصد بالوقاية تلك البرامج التي تهدف إلى حماية الإنسان من الوقوع في المرض والمشكلات والانحرافات والإعاقات . أما العلاج فيقصد به الجهود التي تبذل لعلاج المشكلات والأمراض والانحرافات التي يعاني منها الإنسان بالفعل . ونتفق هنا مع مناهج الصحة النفسية أو قد يكون عملنا جزء من اهتمامات الصحة النفسية ، حيث تهتم الصحة النفسية بالإنسان من خلال ثلاثة مناهج هي : المنهج الإنمائي والوقائي والعلاجي . وبصفة عامة في مجال الوقاية من الإعاقة الفكرية ربما بل من المؤكد أننا قد نحتاج إلى جهود كثير من المختصين في فروع العلم المختلفة .

وتؤثر متلازمة الإعاقة الفكرية على المجتمع الذي تعتمد تنميته اقتصادياً واجتماعياً على موارده البشرية ، ومساهمة كل مواطن قادر على دعم برامج تنميته ، ولهذا فإن اهتمام المجتمع ببرامج الوقاية من الإعاقة الفكرية يعمل من جهة على تدعيم برامج التأهيل الشامل لذوي الإعاقة الفكرية ، ومن جهة أخرى يقلل من الخسائر الاقتصادية والإنسانية التي تترتب على تركهم ليصبحوا عالة على المجتمع ، وتؤثر مشكلة الإعاقة الفكرية على الأسرة حيث يسبب وجود طفل معاق فكرياً مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية متعددة (عثمان فراج ، ٢٠٠٢ ، ٤٦) .

ويحتاج ذوي الإعاقة الفكرية إلى الدعم والمساندة المستمرين من قبل مناحي الرعاية لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي . ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن الإعاقة الفكرية سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغيير في تفاعل الفرد مع البيئة ، والتأكيد على احتياجات الفرد بدلاً من عجزه (عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٢ ، ٨) .

وتهدف الوقاية إلى تقليل عدد ذوي الإعاقة الفكرية في المجتمع خاصة وأن الشفاء لا يتم إلا في الحالات المبكرة جداً والقابلة للعلاج فقط ، ولذا كانت الوقاية خير من العلاج (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٨٩) .

ويشير أشرف عبد القادر (٢٠٠٥) إلى أنه يمكن الوقاية من الإعاقة الفكرية عن طريق القيام بالإجراءات الوقائية الآتية :

- **الإقلال ما أمكن من زواج الأقارب ، والتي تكثر وتنتشر بين المجتمع العربي والعشائري .**
- **إنشاء مكاتب لفحص الراغبين في الزواج مدعمة بالخبرات والتخصصات المختلفة وخاصة ذوو الخبرة والتخصص في مجال الوراثة البشرية .**
- **فحص وتوجيه الراغبين في الزواج وخاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات إعاقة ، أو ثبت ذلك عن طريق الفحص الكروموسومي أو غيره من الفحوص الطبية .**
- **إصدار تشريع يجعل الفحص الطبي إجبارياً ، بحيث تصبح شهادة الخلو من الأمراض خاصة الوراثية منها ضمن مستندات توثيق الزواج .**
- **الاهتمام ببرامج الإرشاد الوراثي كأسلوب وقائي لتجنب حدوث الإعاقة ، ونشر الوعي الصحي بواسطة وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة لتوضيح كيفية الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية .**
- **يمكن الإقلال من حدوث الأمراض السائدة والاختلال في الكروموسومات عن طريق تجنب الإنجاب بعد سن معينة ، ولذلك ينبغي على كل سيدة أن تستشير الأطباء قبل الحمل لدراسة الكروموسومات لتجنب ولادة طفل معاق .**
- **تفعيل دور مراكز بحوث الوراثة البشرية وزيادة كفاءتها وعددها ، باعتبارها تقدم الإرشاد الوراثي للأسر التي بها طفل معاق كما تقوم بالاكتشاف المبكر للأمراض الوراثية .**

وقد أورد محمود حمودة (١٩٩٨ ، ٨٩-٩١) بعض الطرق للوقاية من الإعاقة الفكرية منها :

- **تجنب الأسباب التي تحدث أثناء الحمل وتؤدي إلى الإعاقة الفكرية مثل تعاطي العقاقير والأدوية وإدمان الكحول والقصور في المتابعة الصحية أثناء الحمل .**

- تعقيم[1] ذوي الإعاقة الفكرية لأن نسبة الوراثة في الإعاقة الفكرية تصل إلى ٧٠٪ ، وهذا يتم في كثير من الدول الأوروبية .
- الكشف المبكر والعلاج المبكر للأمراض المؤدية للإعاقة الفكرية والقابلة للعلاج .
- يوجه الآباء لإثراء بيئة الطفل في حالات الحرمان من المثيرات النفسية والاجتماعية ، وأحيانا يتدخل القانون لحماية هؤلاء الأطفال ونقلهم من هذه البيئة غير المناسبة قبل إحداث تأثيرها الذي لا يمحى .
- توعية الآباء بمشكلة الإعاقة الفكرية ومظاهرها الأولى ، والتعرف عليها والأمراض المسببة والوقاية منها وعلاجها وأساليب رعاية هؤلاء الأطفال .

(١) تعقيم ذوي الإعاقة الفكرية فيه جدل كبير ، حيث أن عملية التعقيم لا تتفق مع القوانين والتشريعات الدولية ، كما أن عملية التعقيم إجراء لا يتفق مع الشرائع السماوية ، وقد ظهر هذا الاتجاه في وقت ما في الولايات المتحدة الأمريكية ، وكان له معارضين تصدوا له بقوة ، وهو ما تم عرضه في الإطار التاريخي للإعاقة الفكرية في الفصل الأول ، وما تم ذكره في مواضع كثيرة في هذا الكتاب. ونحن لا نتفق مع من يرى تعقيم المتخلفين عقلياً ، فهم بشر لهم ما للعاديين من حقوق في هذه المجتمع ، فضلاً عن ذلك فهم قد يكونوا أبناء لنا أو أخوة لنا أو أقارب ، وأي إجراء يقلل من إنسانيتهم يعد جرماً في حق الإنسانية .

وتأخذ الوقاية في مجال الإعاقة الفكرية ثلاثة مستويات على النحو التالي :

الوقاية من الدرجة الأولى[1] First Prevention :

تعرف الوقاية من الدرجة الأولي بأنها مجموعة الإجراءات التي تتبع قبل حدوث المشكلة ، أو الإجراءات التي تمنع حدوث المشكلات بصفة عامة . وتشمل الخدمات الطبية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي يقدمها المجتمع والمؤسسات المعنية . ويمكن توضيحها في النقاط التالية :

- تعليم الآباء ، وخاصة الأم حيث كشفت الدراسات والبحوث عن وجود علاقة بين تعليم الأم وإصابة طفلها بالإعاقة الفكرية .
- فحوص ما قبل الزواج لراغبي الزواج ، وخاصة في الأسر ذات التاريخ المرضي ، وذات الخلل والشذوذ في الكروموسومات ، أو الأسر التي بها حالات إعاقة الفكرية سابق في الأسرة .
- توعية المجتمع بخطورة زواج الأقارب وما يترتب عليه من مشكلات ، وذلك عن طريق الندوات ، والدورات التثقيفية ، وبرامج الإذاعة والتلفزيون .
- توجيه الأسر إلى العمر المناسب للحمل ، فلا ينصح بالحمل في العمر المبكر أو العمر المتأخر .
- متابعة برامج تنظيم الأسرة للحد من الولادات المتكررة أو تكرار الحمل ، والذي له أثر كبير في الإصابة بالإعاقة الفكرية .
- التطعيم ضد الحصبة الألمانية ، وقد يكون التطعيم في مرحلة الطفولة ، وتطعيم الفتيات في سن المراهقة أيضا من الحصبة الألمانية .
- الاهتمام بالتطعيمات التي تقدم للأطفال ، وأن تكون داخل مؤسسة معترف بها .
- المتابعة الطبية الدورية للحوامل أثناء الحمل لإجراء الفحوصات المناسبة سواء للجنين أو للحامل .
- توفير التغذية المناسبة للحامل أو للطفل بعد الولادة وأثناء المرحلة النمائية .

(١) ويتم تصنيفها إلى وقاية أولية وثانوية وثلاثية في مراجع أخرى (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ١٦٦) .

- الإشراف الطبي على السيدات الحوامل التي تعاني من أمراض أثناء الحمل مثل : مرض الربو أو السكر أو أمراض القلب أو الأمراض العقلية وغيرها . وأن يكون تناول العقاقير والأدوية تحت إشرف طبي متخصص .
- العمل باستمرار على توفير جو نفسي هادئ للحامل ، وأن يكون خالي من الانفعالات والتوترات والمشاحنات ، حيث تفيد الدراسات والبحوث عن وجود علاقة بين الحالة الانفعالية للحامل وإصابة جنينها بالإعاقة الفكرية .
- توفير بيئة نقية للحامل خالية من التلوث ، وفي هذا يجب البعد عن الأماكن المزدحمة بالسيارات والمصانع ، والبعد عن المحروقات بصفة عامة ، والمبيدات .
- تجنب التدخين أو تعاطي الكحول أو المخدرات بصفة عامة ، حيث تحتوي هذه المواد على عناصر ومواد ضارة أو سامة ، فضلاً عن كونها تستنزف طاقات الحامل ، وهي في حاجة إليها لتوفير الجو الآمن للجنين .
- تجنب تعرض الحامل للإشعاعات لما لها من آثار ضارة على حياة الجنين ، وخصوصاً الجهاز العصبي المركزي .
- توفير الرعاية الصحية المناسبة للحامل أثناء الولادة ، وأن يكون ذلك مخطط له منذ فترة قبل الولادة ، وذلك استعداداً لحالات الولادة المبكرة أو الإجهاض ، ويكون ذلك بتحديد المراكز الطبية المتخصصة التي تتوافر فيها كل وسائل العناية ، والوسائل التي تساعد في حالات مضاعفات الحمل ومشكلات الولادة .
- تجنب الاعتماد على " الداية أو القابلة " في عملية الولادة ، حيث تفتقد المهارة والخبرة ، كما تعجز عن توفير البيئة الصحية المناسبة سواء للأم أو للمولود .
- وقاية المولود من التعرض للإصابات والأمراض التي قد تحدث أثناء الولادة .
- فحص المولود والتعرف على الوضع الصحي العام في ضوء المعايير الموضوعة لحديثي الولادة . وتشمل حجم الرأس ، والعينين ، والأطراف ، والشكل العام للجسم .... ، وغيرها .
- توعية الأسرة بإجراءات الرعاية التي تقدم للطفل بعد الولادة ، ويفضل تقديم برامج تدريبية للأمهات فيما يتعلق برعاية الأطفال وتربيتهم .

- الفحص الطبي الدوري ، والمتابعة ، للتعرف على المشكلات أو الأمراض التي تصيب الطفل في وقت مبكر .
- توفير التغذية المناسبة للطفل خلال الفترة النمائية ، والحرص على الرضاعة الطبيعة بما فيها من عناصر غذائية قد لا تتوافر في أي برنامج غذائي .
- توفير المراكز المتخصصة في مجال رعاية الأسرة والإرشاد الجيني ...، وغيرها ، وأن تكون متاحة ومجانية ، وفي متناول الجميع .

وتفيد نتائج البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة الفكرية يمكن أن يعيشوا حياة أطول ، ويندمجون في المجتمع إذا ما توافرت لهم الرعاية الطبية ، والرعاية الطبية من الدرجة الأولى يجب أن تكون مستمرة ، وأن يكون فيها العلاج شامل ، ويتضمن الفحص الدوري ، وفهم الاضطرابات السلوكية والطبية الشائعة ضمن فئات الإعاقة الفكرية (Prater , & Zylstra , 2006) .

الوقاية من الدرجة الثانية Second Prevention :

ويقصد بها الإجراءات التي تتبع للحد من المرض أو من المشكلات في وقت مبكر . وتشمل الخدمات التي تقدم للأفراد المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية . ويمكن توضيحها في النقاط التالية :

- الرعاية والإشراف الطبي على السيدات الحوامل اللائي يعانين من أمراض أثناء الحمل مثل : أمراض القلب ، والربو ، والدرن ، والروماتيزم ... وغيرها .
- الرعاية الطبية للأسرة التي تعاني من خلل أو شذوذ في الكروموسومات .
- الرعاية الطبية للأسر ذات التاريخ المرضي بالإعاقة الفكرية .
- الرعاية الطبية التي تقدم للحوامل المدخنات والمتعاطيات للمخدرات والكحول .
- الرعاية الطبية للحوامل المعرضات لخطر الإصابة بالتلوث ، مثل الحوامل اللاتي يعشن في أماكن مزدحمة بالمصانع وأماكن ازدحام السيارات ، والمحروقات .
- الرعاية الطبية للحوامل المعرضين لسوء التغذية .
- الرعاية الطبية للأجنة المعرضة للخطر والتي تعاني من مشكلات أثناء الحمل . وفي هذه الأيام تتوفر الأجهزة الحديثة التي تكشف مبكراً وأثناء الحمل عن المشكلات التي تصيب الجنين في بطن الأم .

- علاج مشكلة عامل الريزوس عقب الولادة مباشرة لتجنب خطر إصابة الطفل الثاني بالإعاقة الفكرية .
- الرعاية الطبية التي تقدم للمواليد الذين تعرضوا للأمراض أو للالتهابات أو الصدمات أثناء الولادة .
- الرعاية الطبية للمواليد في حالة الولادة المبكرة أو المبتسرة أو تأخر الولادة عن المواعيد المناسبة .
- الرعاية الطبية التي تقدم للأطفال الذين تعرضوا للأمراض أو للإصابات خلال الفترة النمائية .
- الرعاية الطبية للأطفال الذين تعرضوا لخطر التلوث؛ سواء التلوث الناتج من عادم السيارات أو عوادم المصانع أو المحروقات أو المبيدات الحشرية والكيماوية .
- الرعاية الطبية للأطفال الذين تعرضوا لمشكلات ناتجة عن سوء التغذية .
- التوعية المناسبة للأسر التي تعرض أبناؤهم لمشكلات ناتجة عن الجهل أو الوصفات العلاجية البلدية ، أو عادات قديمة غير صحية .

الوقاية من الدرجة الثالثة Third Prevention :

ويقصد بها الجهود التي تبذل في رعاية ذوي الإعاقة الفكرية وتعليمهم وتأهيلهم وتشغيلهم في أعمال مفيدة لهم ولمجتمعهم (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ١٦٦) .

ويقصد بها الإجراءات التي تتبع لخفض أو لتقليل الآثار المترتبة على الإصابة بالإعاقة الفكرية ، وتشمل الوقاية من هذه الدرجة مدى كبيرا من الخدمات ، مثل الخدمات الطبية والتعليمية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية . ويمكن توضيحها في النقاط التالية :

- الخدمات الطبية : وتشمل الرعاية الطبية وأنواع العلاجات المختلفة التي تقدم لخفض الأمراض والمشكلات الناتجة عن الإعاقة الفكرية . مثل : مشكلات العيون ، ومشكلات القصور الحركي ، والمشكلات والأمراض التي قد تصاحب المتلازمات والأمراض الوراثية التي تتصف بالإعاقة الفكرية .

- خدمات العلاج الطبيعي : يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات في المهارات الحركية والتوازن والقوة والتحمل والتآزر والتناسق ، والتكامل الإدراكي الحسي ، والعلاج الطبيعي يركز على علاج هذه المشكلات والحد منها .
- الخدمات التعليمية : وتشمل البرامج التربوية والتعليمية التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، باختلاف فئاتهم البسيط والمتوسط والشديد والشديد جداً . وتشمل هذه الخدمات أيضاً الخدمات المساندة للبرامج التربوية مثل : توفير الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وأخصائيي تعديل السلوك ، وأخصائيي التخاطب ... وغيرها .
- الخدمات الاجتماعية : وتشمل تهيئة البيئة الاجتماعية لاستقبال ذوي الإعاقة الفكرية كأعضاء فعالين في المجتمع ، وتشمل تعديل اتجاهات المجتمع نحوهم ، وتوفير بيئات العمل ، والسكن والنوادي .... وغيرها .
- الخدمات الثقافية : وتشمل توفير المكتبات والنوادي الثقافية ، وإشراكهم في المسابقات . وغيرها من الإمكانات المتاحة للعاديين .
- خدمات التأهيل المهني : وتشمل تدريب ذوي الإعاقة الفكرية وتأهيلهم للمهن التي تناسب قدراتهم وميولهم واحتياجاتهم ، وتتفق أيضاً مع احتياجات سوق العمل ، ليتمكن ذوي الإعاقة الفكرية من الاستقلال ، والاعتماد على أنفسهم ليكونوا أعضاء فاعلين ومفيدين في المجتمع ، بدلاً من أن يكونوا عالة على المجتمع أو على الآخرين .
- الخدمات الاقتصادية : وتشمل توفير الإمكانات والموارد الاقتصادية اللازمة للإنفاق على الخدمات المطلوبة لذوي الإعاقة الفكرية .

الفصل التاسع
مداخل علاجية لذوي الإعاقة الفكرية

- العلاج الطبي .
- العلاج الطبيعي .
- العلاج السلوكي .
- العلاج المعرفي .
- العلاج المعرفي السلوكي .
- العلاج السلوكي الجدلي .
- العلاج السيكودنامي .
- العلاج باللعب .
- العلاج بالفن .
- التدريب على المهارات الاجتماعية .
- التدريب على مهارات تأكيد الذات .
- العلاج الفردي .
- العلاج الجماعي .
- التدريب الوالدي .
- تعديل السلوك .
- العلاج المهني .
- التدخل المبكر .
- العلاج بالصدمة الكهربائية .
- مداخل علاجية أخرى .

الفصل التاسع
مداخل علاجية لذوي الإعاقة الفكرية

يعاني الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية من العديد من المشكلات ، وهذه المشكلات قد تكون مشكلات طبية واجتماعية ونفسية وتربوية ومهنية ... وغيرها ، لذلك يلزم ذوو الإعاقة الفكرية العديد من أشكال العلاج أو الرعاية أو التدريب أو الإرشاد ، والتدخل في مجال الإعاقة الفكرية ينبغي أن يركز على الطفل وأسرته وعلى مجتمعه أيضاً لأن هذا الطفل يتفاعل مع الأسرة والمجتمع ، ومن المفترض أن يتوافق مع أسرته ومع مجتمعه . وهدف التدخلات العلاجية بصفة عامة هو تأهيل هذا الطفل المعاق فكرياً ليتفاعل ويتواصل بكل مجتمعه . وتبعاً لوجهة النظر الحديثة ينبغي أن تركز برامج التدخل على قوى الطفل المعاق فكرياً قبل أن تركز على نواحي ضعفه . ومن المهم أيضاً أن نكون واقعيين دون أن ننزع الأمل .

فتنتشر الأمراض العقلية بصفة عامة بين ذوي الإعاقة الفكرية ، وتكون تقريباً أربعة أضعاف انتشارها بين العاديين ، وخاصة بين ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ، والاضطرابات النفسية المرضية الأكثر شيوعاً بين ذوي الإعاقة الفكرية تشمل : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والقلق ، والاكتئاب ، والوسواس القهري ، والعناد المتحدي ، وقد يكون الفصام أقل شيوعاً . ويمثل تشخيص هذه الاضطرابات تحدياً بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية من الأطفال والمراهقين وذلك لعدم وجود أدوات تقييم موثوق بها ، وأيضاً لافتقار ذوي الإعاقة الفكرية لمهارات الاتصال .

وينبغي أن يتضمن التقييم الشامل على ما يلي :

- التاريخ الصحي والأسري والسلوكي والنمائي الشامل .
- الوصف الحسي للسلوكيات والأحداث السابقة والظروف البيئة .
- استعراض النظم وتتضمن أنماط الشخصية ، والأداء التكيفي ، والمهارات الاجتماعية ، ومهارات التواصل .
- تفاصيل التدخلات النفسية السابقة .

- مراجعة التقييمات المعرفية السابقة .
- مقابلة المريض لتجنب استخدام الأسئلة غير المناسبة .
- تقييم الحالة العقلية للمريض ، وأن يتم إنجاز ذلك في سياق محادثة غير رسمية بدلاً من الفحص الرسمي ، وفي هذه المراجعة نركز على الاهتمامات والقوى ، وبعد ذلك السلوك المشكل .
- مراجعة السجلات الطبية ، وتقييم الحاجة إلى تقويم سببي ، وخاصة عند تطوير اختبارات جديدة .
- تكرار التقييمات المعرفية عندما تكون التقييمات القائمة ليست حالية أو حدوث تغير دال في الظروف .

وتزداد الاضطرابات السلوكية كلما تناقصت المهارات المعرفية ، فهناك حوالي ٥٠٪ من ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة لديهم تحديات سلوكية دالة . وقبل وصف السلوك بأنه منحرف أو غير طبيعي ينبغي النظر بعين الاعتبار إلى عمر الطفل العقلي وليس العمر الزمني ، وفي هذا المقام ينبغي استخدام استراتيجيات ضبط السلوك في المنزل وفي المدرسة ، وأن أكثر السلوكيات التي قد تصدر من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة غير القادرين على التواصل اللفظي سلوكيات التحدي ، فهم غير قادرين على إدراك أسباب سلوكهم المتحدي ، وعندما لا تكون استراتيجيات ضبط سلوك ناجحة ينبغي تحويل الطفل إلى طبيب أطفال أو طبيب الطفل فربما يشير إلى تدخل طبي ممكن لمشكلات الطفل (Johnson , et al . ,2006 ,140-141) .

العلاج الطبي Medical treatment :

يعاني بعض ذوي الإعاقة الفكرية من بعض الأمراض والمشكلات الصحية ، وخصوصاً ذوي المتلازمات والأمراض الوراثية ، وهذا يتطلب العلاج باستخدام التقنيات الطبية . ويصبح العلاج الطبي لازماً في مثل هذه الحالات لخفض أو لعلاج مثل هذه الأمراض والعيوب .

ويفيد التدخل الطبي في خفض انتشار نسبة الإعاقة الفكرية ، وفي هذا المجال قام باحثون بالتعرف على تأثير التدخل الطبي في خفض نسبة انتشار الإعاقة الفكرية في

الفترة من ١٩٥٠ إلى ٢٠٠٠ ، وكان التدخل الطبي مركزاً على علاج مشكلات وأمراض الزهري ، والحصبة الألمانية ، وعامل الريزوس ، والتهاب السحايا ، وقصور الغدة الدرقية الخلقي ، واضطرابات التمثيل الغذائي . وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض نسبة انتشار الإعاقة الفكرية ، حيث انخفضت نسبة الانتشار بمقدار ١٦,٥٪ عن المعدل الذي كان منتشرا في عام ١٩٥٠ (Brosco , et al . ,2006) .

ويهدف العلاج الطبي إلى القضاء على أسباب الإعاقة الفكرية العضوية والوقاية منها مثل : علاج أخطاء التمثيل الغذائي ، ووجود الأحماض في بول ودم المريض ، وأخطاء تركيب الدم في وقت مبكر للوقاية من حدوث تلفيات الدماغ التي تسبب الإعاقة الفكرية ، ويهدف أيضا إلى تقوية خلايا أنسجة الجهاز العصبي والدماغ حتى تستطيع أن تقوم بواجباتها . وتم حديثاً اكتشاف حوالي ٣٠ عاملاً مسؤولا عن أخطاء التمثيل الغذائي (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ١٠٤) . وبالتالي قد يكون التصدي لعلاج مثل هذه المشكلات من العوامل التي تقلل حالات الإعاقة الفكرية .

ويهدف العلاج الطبي أيضا إلى خفض المشكلات المصاحبة لدى ذوي الإعاقة الفكرية مثل الأمراض والعيوب الصحية ، وكذلك الأمراض والاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية ، مثل الفصام ، والقلق ، والعدوان ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

فتفيد المعرفة الطبية في فهمنا لطبيعة الإعاقة الفكرية ، ومهما يكن فما زال العلاج الطبي محدود في مجال الإعاقة الفكرية ، ويجب أن يلعب الأطباء Pediatric neurologists دوراً مهماً كمنسقين في برنامج الرعاية المتكاملة . وتوفير الرعاية الطبية في مدارس التربية الخاصة لذوي الإعاقة الفكرية يعتبر من بين أهم قضايا الرعاية المتكاملة ، حيث يقضي ذوي الإعاقة الفكرية معظم أوقاتهم في المنزل أو في المدرسة (Sakakihara , 2000) .

وينبغي أن تشمل الرعاية الصحية لذوي الإعاقة الفكرية النمو والتطور ، والمراقبة السلوكية ، والتوجيه ، والمشورة الآمنة . بالإضافة إلى الرعاية الطبية التقليدية ومعالجة الأسنان ، فقد يحتاج بعض الأطفال إلى الخدمات الطبية وخدمات الطب النفسي ، وعلاج الكلام ، والعلاج المهني والطبيعي . وينبغي أن تكون الخدمات الطبية ومعالجة الأسنان المقدمة لذوي الإعاقة الفكرية متشابهة مع تلك المقدمة للعاديين .

وينبغي أن يكون الإرشاد الآمن safety counseling مناسب للعمر العقلي للطفل أكثر من العمر الزمني (Johnson , et al . ,2006 ,140) .

ويستفيد ذوي الإعاقة الفكرية من الرعاية الصحية الشاملة في إطار " المنزل الطبي Medical Home " وقد حددت الأكاديمية الأمريكية الأمريكية للأطباء مفهوم المنزل الطبي بأنه : الرعاية التي يمكن الوصول إليها ، والمستمرة ، والشاملة ، والمرتكزة على الأسرة ، وأن تكون فعالة وجدانيا وثقافيـــاً ، وأن تكون مناسبة لمرحلة النمو (American Academy of Pediatrics , 2002) .

وينبغي أن يكون العلاج الطبي أحد عناصر خطة الضبط الشاملة ، فعلى سبيل المثال : قد يكون عقار valproate أو عقار Carbamazine مفيدا في علاج التهيج أو تقلب المزاج . وقد تكون مضادات الذهان[1] ، ومفيد في علاج العدوان ، وإيذاء الذات ، والسلوك النمطي . وعند اتخاذ قرار استخدام العلاج الطبي يجب النظر إلى التأثيرات السلبية لهذه العقاقير على التدخلات التأهيلية (Johnson , et al . ,2006 ,140-141) .

وتوفير الرعاية الطبية قد يمثل تحدي كبير بالنسبة لذوي المستويات الحادة من الإعاقة الفكرية لأنهم أكثر احتمالاً أن تغيب عنهم اللغة اللفظية ، وأن تكون لديهم مشكلات صحية مزدوجة ، وظروف سلوكية ونفسية خاصة . فالأطباء قد يقضون المزيد من الوقت والجهد لتوفير الرعاية المتواصلة والمتناسقة مع التخصصات الفرعية الأخرى ، والعاملين في المدارس ، وموظفي وكالات المجتمع ، ولسوء الحظ أن هذه التحديات الإضافية أدت إلى التناقص في الحصول على الرعاية الصحية ، وعندما تكون متاحة فقد لا تكون دون المستوى الأمثل ، ولكن قد تكون دون المستوى المطلوب (Johnson , et al . ,2006 ,140) .

وهذا ما دفع مؤتمر "الخطة الوطنية لتحسين صحة الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية" لتبني الأهداف التالية :

- تحسين الرعاية الصحية المرتكزة على المجتمع المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .

---

(١) الجيل الجديد منها ذو تأثيرات جانبية أقل .

- زيادة المعرفة العامة وتدريب المهنيين فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية الفريدة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية .
- تحسين تمويل الرعاية الصحية .
- زيادة نوعية وكمية الموارد

. (Department of Health and Human Services ,2002)

وبصفة عامة يحتاج ذوي المستويات الحادة من الإعاقة الفكرية إلى رعاية صحية أكثر ، وذلك لأنهم يعانون من اضطرابات مرضية أكثر ، وخاصة ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي المتلازمات المعروفة . فقد تؤثر هذه الاضطرابات على رفاهية ذوي الإعاقة الفكرية أكثر من القصور المعرفي . وأيضا قد تكون الحاجة للرعاية الصحية أكثر عندما تكون هذه الاضطرابات ناتجة عن الأمراض الوراثية الأخرى المصاحبة للإعاقة الفكرية ، وخاصة لدى المستويات الحادة من الإعاقة الفكرية (Gillberg ,1997) .

ويفيد العلاج الطبي في خفض مشكلات النوم التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية ، وخاصة قلق النوم ، والاستيقاظ ليلاً أثناء النوم ، والاستيقاظ المبكر ، وصعوبة النوم (Ghanizadeh & Faghih ,2011) .

وتفيد الدراسات والبحوث أن استخدام عقار المثيل فندات Methylphenidate (MPH) مفيد في خفض اضطرابات الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد ، كما عمل أيضاً في دراسة على خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، كما عمل أيضا على تحسين نقص الانتباه وانخفاض النشاط الزائد ، وخفض المشكلات السلوكية ، وتحسين السلوك الاجتماعي . كما عمل على خفض المشكلات المعرفية والسلوكية المرتبطة باضطراب الانتباه (Jensen , et al . ,2001) .

وتم استخدام عقار المثيل فندات Methylphenidate (MPH) في تحسين التوافق السلوكي behavioral Adjustment لدى ذوي الإعاقة الفكرية واضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Pearson , et al . ,2003) .

وشاع بين الأطباء أن عقار " الجلوتامين Glutamin " يزيد الذكاء ، واتجه الأطباء إلى استخدام أدوية أخرى غير ذلك ، إلا أنها جميعها تؤدي إلى تحسين السلوك والمستوى الحركي والذهني ، ومهما يكن من شيء فإن علاج الإعاقة الفكرية بالأدوية والعقاقير الطبية لا يزال قيد الدراسة والبحث (رشاد عبد العزيز ، ٢٠٠٨ ، ١٠٤ – ١٠٥) .

العلاج الطبيعي Physical Therapy :

يهتم العلاج الطبيعي بتطوير وتنمية القدرة الوظيفية لأقصى حد ممكن ، وقد تُقدم خدمات العلاج الطبيعي عندما تكون القدرة الوظيفية - خاصة الحركية - لدى الأفراد مهددة بالخطر أو فيها بعض نواحي القصور نتيجة تعرض الأفراد للأمراض أو للإصابات .

ويكثر استخدام العلاج الطبيعي مع ذوي الإعاقة الفكرية وخاصة في حالات الإعاقة الفكرية ذات الأمراض الوراثية مثل حالات الشلل الدماغي ، ومتلازمة بارديت وبيدل Bardet–Biedl syndrome ، ومتلازمة ريت Rett's Syndrome ، متلازمة لويس بار Louis–Bar syndrome ، حيث تعاني هذه الحالات من مشكلات في الحركة والتناسق ، والتآزر البصري الحركي ، ومشكلات في حركة الأطراف ، وعيوب في العمود الفقري .

فتوصلت نتائج دراسة كلاً من Horton and Taylor (1989) إلى فاعلية العلاج السلوكي بمصاحبة العلاج الطبيعي في علاج مشكلات المشي لدى طفل في مرحلة ما قبل المدرسة يعاني من الإعاقة الفكرية والشلل الدماغي .

العلاج السلوكي Behavioral therapy :

يعتبر العلاج السلوكي من المداخل العلاجية المفيدة في علاج المشكلات والاضطرابات التي يتصف بها ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث يستخدم في علاج معظم الاضطرابات والمشكلات ، كما أنه يستخدم في تعليم المعارف والمهارات والسلوكيات الجديدة لذوي الإعاقة الفكرية .

فنماذج العلاج السلوكي يمكن تكيفها وتطبيقها على معظم ذوي الإعاقة الفكرية ، وإن كان بعض المختصين يشككون في فوائد العلاج السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث أنه يفشل في معالج الجانب الانفعالي في السياق السلوكي لذوي الإعاقة الفكرية ، لذلك تعتبر استمرار فعاليته مع ذوي الإعاقة الفكرية أمراً مشكوكاً فيه (Bhaumik , et al . ,2011) .

ونقد المعارضين لفاعلية العلاج السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية لا يقلل جهود الباحثين في تجريب فنيات العلاج السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، فالجهود التي تمت

في المجال لتحديد فاعلية العناصر المختلفة للعلاج السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية كشفت أن التحليل الوظيفي للسلوك قبل العلاج والاستجابة المشروط أكثر فعالية من الأساليب الأخرى . وفيما يتعلق بتكلفة العلاج يعتبر العلاج السلوكي أقل تكلفة من أنواع العلاجات الأخرى ، وفي مجال الإعاقة الفكرية كشفت بعض البحوث والدراسات أن الفروق في تكلفة العلاج بين العلاج السلوكي والمداخل الأخرى تكاد تكون بسيطة (Hassiotis , et al . , 2009; Didden , et al , 1997) .

واختلاف وجهات نظر الباحثين لا تنكر الحقيقة ، فالعلاج السلوكي حقق فاعلية كبيرة في مجال الإعاقة الفكرية سواءً في مجال خفض السلوك غير المرغوب فيه أو في مجال تنمية السلوك المرغوب فيه ، وهذا ما كشفت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة المرتبطة ، وبناءً على خبرة العاملين في مجال رعاية ذوي الإعاقة الفكرية ، وبناءً على تقارير الآباء . وقد توصلت بعض نتائج البحوث والدراسات إلى أن أساليب العلاج السلوكي فعّالة في علاج مشكلات التغذية وتناول الطعام لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، ومن هذه الأساليب أساليب التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، والتعزيز السلبي والموجب ، والتصحيح الزائد ، والتلقين البدني ، التوجيه اليدوي ، والإطفاء , Kuhn (1994) .

وتوصلت نتائج دراسة Kenner (2009) إلى أن التدريب على الاسترخاء فعال ومفيد في خفض القلق وتحسين الأداء المهني وتحسين أداء القلب لدى ذوي الإعاقة الفكرية .

العلاج المعرفي Cognitive Therapy :

قد يكون العلاج المعرفي فعال في خفض الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وعلى وجه الخصوص نموذج "بيك" المعرفي ، حيث يرتبط فيه الاكتئاب بوجهة النظر غير الواقعية والسلبية نحو الذات ، والتي تشمل مستقبل الشخص وعالمه . فالأشخاص المكتئبون تتمحور اهتماماتهم حول مواضيع تافهة وحول الفشل وعدم الكفاءة والتشاؤم . كما وجد كلاً من "جرينبيرج وبيك" عام ١٩٨٩ أن الأفراد المكتئبين يستدعون المثيرات السلبية المرتبطة بالاكتئاب أكثر من المثيرات السارة . وبناءً على وجهة نظر " بيك " قد يكون القلق ناتج عن وجهة النظر غير الوظيفية التي يملكها الشخص

القلق . وتبعا " لبيك " فإن إدراك الأفراد القلقين قد يتمحور حول مواضيع التهديد والخطر وعدم القدرة على التنبؤ وعدم اليقين (Glenn , et al . ,2003) .

التدريب المعرفي Cognitive Training :

يعرف التدريب المعرفي بأنه مدخل يهدف إلى تحسين القدرات والعمليات المعرفية ، وقد يكون التدريب المعرفي نابعاً من مصطلح "اللياقة العقلية Brain Fitness" والذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية في فترة الثمانيات ، وكان يقصد به تحسين اللياقة العقلية من خلال التدريبات والأنشطة العقلية . وظهرت برامج التدريب المعرفي بصفة عامة لخفض المشكلات الناجمة عن التدهور المعرفي المرتبطة بتقدم العمر .

ويستخدم التدريب المعرفي مع الكبار والصغار؛ فيستخدم مع كبار السن خاصة لتحسين القدرات العقلية المرتبطة بتقدم السن ، ويستخدم مع الأطفال؛ ومع ذوي الإصابات والأمراض الدماغية ، ومع ذوي الاضطرابات النمائية أيضاً لتحسين القدرات العقلية .

واتسعت فنيات التدريب المعرفي لتشمل : التكرار والتلخيص ونمذجة المهام المعرفية والتطابق والاختيار ، وظهرت برامج التدريب المعرفي المحوسبة computer-based cognitive programs (CCP) ، والتي أضافت عنصر التشويق والإثارة في التدريب . ويمكن تطبيق أنشطة التدريب المعرفي في المنزل والمدرسة والعيادة وغيرها من أماكن التجمع . كما يمكن الاستعانة بالأنشطة الجاهزة من ألعاب وألغاز وقصص ، ومتاهات ، وألعاب الفك والتركيب .

وتم استخدام التدريب المعرفي في تحسين الوظائف التنفيذية لدى الطالبات ذوات الإعاقة الفكرية المتوسطة ، وكان التدريب فعالاً ، وتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة والألعاب المعرفية ، وتم الاعتماد على العديد من الفنيات المعرفية مثل : التكرار ، والحوار والمناقشة ، والنمذجة المعرفية (سارة العتيق ، ٢٠١٨) .

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy :

يستخدم العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع ، حيث توجد أدلة كثيرة تشير إلى فاعلية هذا المدخل العلاجي على المدى القصير والطويل . وفي مجال الإعاقة الفكرية

كشفت نتائج العديد من البحوث عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض العديد من المشكلات مثل : الاكتئاب ، والقلق ، وضبط الغضب ، والجنس المخالف . وتوجد أدلة قوية تفيد أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد في ضبط الغضب . ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على اللغة بشكل كبير ، والتي تحد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي عندما تكون هناك صعوبات في التواصل . وتفيد بعض الدراسات إلى أن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ضعيفة في علاج القلق والاكتئاب والغضب لدى ذوي الإعاقة الفكرية مقارنة بالعلاج السلوكي (Sturmey , 2004) .

وبصفة عامة هناك أدلة كثيرة تشير إلى استخدام العلاج المعرفي السلوكي بشكل كبير في مجال الإعاقة الفكرية . وفي مسح لاستخدام العلاج النفسي ، كشف المسح أن حوالي ثلث علماء النفس البريطانيين يستخدمون أساليب العلاج المعرفي السلوكي بشكل متكرر . وبصفة عامة يوجد اهتمام كبير لاستخدام هذا النوع من العلاج في بريطانيا ، ولكن يوجد نقص في عدد المعالجين المعرفيين السلوكيين في مجال الإعاقة الفكرية (Nagel & Leiper , 1999) .

وقد راجع كلاً من Prout and Nowak-Drabik's (2003) حوالي ٩٢ دراسة في الفترة من ١٩٦٨ إلى ١٩٩٨ ، وجميع هذه الدراسات أشارت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية .

وراجع Hatton (2002) بعض الدراسات التي تناولت المداخل النفسية ، وفي هذه الدراسة توصل إلى وجود عدد من الدراسات استخدمت العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، وذكر أنه بالرغم من أن تأثير العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية كان محدوداً إلى حد ما إلا أنه فعّال مع ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بدرجة معقولة .

وأيد Beail (2003) الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، وأشار إلى أن دراسات التدخل المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية ركزت على العجز في المهارات المعرفية المرتبطة بمشكلات الصحة العقلية والمشكلات الانفعالية . وهناك مبررات علمية تؤيد استخدام المداخل التي تهتم بتعديل الإدراك المشوه للمشكلات والأمراض .

وتفيد دراسة (2005) Willner أن العلاج المعرفي السلوكي باستخدام التدريب على المهارات المعرفية مثل : الضبط الذاتي ، والتوجيه الذاتي ، والتدريب على التعليمات الذاتية بشير خير في علاج المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية . وبصفة عامة يرى أن التدخل المعرفي السلوكي مفيد في علاج ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعانون من مشكلات انفعالية .

وتتزايد البحوث والدراسات التي تستخدم العلاج السلوكي المعرفي في خفض مشكلات الصحة النفسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية . فتوصلت نتائج دراسة Pert , et al (2013). إلى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض مشكلات القلق والاكتئاب والغضب واضطراب الشخصية الحدية Borderline لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة .

وأوصت دراسة (1999) Lindsay إلى أن العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي الإعاقة الفكرية يحتاج إلى أن يكون مبسطا وأن يُكيف بما يناسب ذوي الإعاقة الفكرية .

ويعتبر التدريب على حلّ المشكلة الاجتماعية Social Problem-Solving Therapy مدخل علاجي ينتمي إلى المدخل العلاجي المعرفي السلوكي . والذي يتعلم فيه المرضى فهم أفضل لطبيعة المشكلات في الحياة ، وتوجيه محاولتهم لتغيير طبيعة الموقف المشكل نفسه أو تغير ردود أفعالهم نحو الموقف المشكل ، أو الاثنين معاً , Nezu (1987) .

والتدريب على حلّ المشكلة أسلوب فعال لمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية ، فقد يكون فعّال في خفض العدوان والاندفاعية ، وتنمية الكفاءة الاجتماعية الشاملة لدى العاديين وذوي الإعاقة الفكرية

. (Nezu & Nezu , 1991; Benson , et al . ,1986; Castles & Glass , 1986)

العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavioral therapy :

وضعت هذا المدخل العلاجي Linehan , M .[1] لعلاج المرضى المترددين على العيادات الخارجية ذوي اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality

(١) طبيبة نفسية وأستاذة علم النفس في جامعة واشنطن .

Disorder ، ثم أكدت فاعليته في خفض اضطراب الشخصية الحدية لدى المريضات المنومات من النساء ، وكان فعال أيضاً في خفض سلوك إيذاء الذات .

ويحاول العلاج السلوكي الجدلي أن يفهم السلوك المشكل من حيث النظرية الحيوية الاجتماعية biosocial theory ، والفكرة الرئيسة في هذا المدخل أن الناس ذوي الصعوبات الدالة مثل تدمير الذات self destructive ، وعدم التحكم في الانفعالات ، والاكتئاب ، والعدوان ، وإساءة استخدام العقاقير ، والسلوكيات الاندفاعية الأخرى ، غالباً ما يكون لديهم مشكلات في نظام تنظيم انفعالاتهم ، وهذه المشكلات الانفعالية قد تكون ناتجة من البناء البيولوجي بالإضافة للخبرات السابقة للشخص ، ومن هذا المنظور ينظر إلى سلوك تدمير الذات على أنه محاولات غير تكيفية لضبط الانفعالات المتطرفة أو الزائدة عن الحد .

فالنموذج السلوكي الجدلي يركز أو يهدف إلى تعليم الأفراد تعديل العواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد ، وخفض السلوكيات السلبية الناتجة عن هذه الانفعالات ، ويهدف أيضاً إلى تعليمهم الثقة في انفعالاتهم الخاصة ، وفي أفكارهم ، وفي سلوكياتهم ، ويتم إنجاز هذين الهدفين من خلال الطرق العلاجية المتعددة .

واتفاقا مع النظرية البيولوجية الاجتماعية Biosocial Theory تكون التقلبات الانفعالية لدى الأفراد ناتجة عن نقاط الضعف البيولوجي . وذلك جنباً إلى جنب مع التعرض لبيئة غير صالحة . ومع ذلك هناك العديد من الأسباب التي تجعل العلاج السلوكي الجدلي قابل للتطبيق مع ذوي الإعاقة الفكرية .

فيؤيد بعض الباحثين استخدام العلاج السلوكي الجدلي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، وذلك للعديد من الأسباب ، منها أن عددا كبيرا من ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من اضطرابات الشخصية ، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية ، كما أن ذوي الإعاقة الفكرية مقاومين للعلاج ، وهذا يصيب المعالجين أو مقدمي الرعاية بالخلاف ، والاحتراق النفسي . وقد يستغرق علاج ذوي الإعاقة الفكرية وقتاً طويلاً في العلاج أو في الضبط الطارئ لسلوكهم مما يؤثر على سمعة المعالجين ، وهذا قد أدى إلى صعوبة الحصول على معالجين مختصين بالإعاقة الفكرية في المجتمع . بالإضافة إلى عامل التكلفة حيث ترتفع تكاليف الرعاية الطبية في المجتمع بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف الرعاية النفسية .

ويحتاج ذوي الإعاقة الفكرية فوق ما سبق إلى نموذج علاجي فعال ، والعلاج السلوكي الجدلي يفرض نفسه كمدخل علاجي متوافق مع ذوي الإعاقة الفكرية ، لأن العلاج السلوكي الجدلي نموذج يرتكز على المهارات والتي تكون متسقة مع الممارسات التربوية والنفسية والتأهيلية ، كما أن العلاج السلوكي الجدلي نموذج غير ارتدادي في لغته ، وإيجابي في تطلعاته بدون إلقاء اللوم على الضحية ، كما يركز بقوة على تعليم الأفراد الدفاع عن أنفسهم في نظام " مشورة المريض Consultation to Patient " والذي ينسجم لا شك مع قيم التوكيدية ، والاستقلال ، والتمكين ، والدعوة الذاتية Self-Advocacy .

العلاج السيكودنامي Psychodynamic Therapy :

يعد العلاج السيكودنامي من الأساليب العلاجية المفيدة مع ذوي الإعاقة الفكرية ، وإن كان ما زال في مراحله المبكرة مع ذوي الإعاقة الفكرية ، ويؤكد التراث السيكولوجي أن العلاج السيكودنامي مفيد في خفض الأعراض النفسية لذوي الإعاقة الفكرية ، وتحسين مفهوم الذات لديهم ، وهناك جهود لاستخدام العلاج السيكودنامي في اكتشاف خبرات ذوي الإعاقة الفكرية ، وعلى أية حالة البحوث في هذا المجال محدودة ، كما أنها تقتصر على دراسة الحالة ، وأن عدد الحالات محدود أيضا ، ويعاني هذا المجال مع ذوي الإعاقة الفكرية من صعوبات كبيرة ، حيث لا يوجد تعاون بين المهنيين في توفير قواعد بيانات موحدة ، وتحتاج الدراسات في هذا المجال إلى مداخل موحدة وذات شفافية ، وخصوصاً طبيعة التدخل يجب أن تكون واضحة ومعرفة جيداً ، بحيث يمكن تكراره في أماكن أخرى ، ويجب أيضاً أن يكون هناك تعاون بين المختصين بالإعاقة الفكرية السيكودناميين ، وبصفة عامة يحتاج هذا المجال لتطوير لاستخدامه في مجال الإعاقة الفكرية (MacDonald , et al ., 1996; Beail , et al ., 2003; Hearne , et al ., 2007)

العلاج باللعب :

يعتبر اللعب من الأنشطة المحببة للأطفال ، حيث يجد الأطفال في أنشطة اللعب المتعة والسرور ، فيندمجون مع أقرانهم لوقت طويل ، ولديهم القدرة على ممارسة أنشطة اللعب معظم الوقت ، وإن لم يجدوا ما يوقفهم فهم مستمرون ، لذلك حظي

اللعب باهتمام الباحثين ، فعمل عدد كبير من الباحثين على دراسة أنشطة اللعب ، والتعرف على علاقتها بمجالات النمو المختلفة لدى الأطفال ، وكشفت هذه الدراسات عن وجود علاقة بين ممارسة أنشطة اللعب والنمو السوي للأطفال في معظم مجالات النمو ، فيتعلم الطفل من خلال أنشطة اللعب الكثير من المهارات الاجتماعية والتي تكون بدورها عاملاً مهماً في تطوير كثير من المشكلات النفسية والسلوكية ، ويتعلم الأطفال من خلال أنشطة اللعب تحمل المسؤلية والتي تكون بداية للاعتماد على النفس . وتعتبر أنشطة اللعب أنشطة ترويحية يفرغ فيها الأطفال ضغوطهم ومشكلاتهم ، وبصفة عامة يمثل اللعب في العصر الحالي أداة للتسلية والترويح التربوي ، وهي أداة تشخيص وتدريس وعلاج .

ويحتاج ذوي الإعاقة الفكرية للكثير من أنشطة اللعب ، فهو ممتع لهم ، كما أنه سهل التطبيق ، أي يمكن للآباء والمعلمين والأخوة والأقران ممارسة أنشطة اللعب مع ذوي الإعاقة الفكرية ، كما يمكن ممارسته في أي وقت ، وفي أي مكان .

ويمكن الاستفادة من أنشطة اللعب مع ذوي الإعاقة الفكرية في كثير من النواحي ، فيمكن الاستفادة من أنشطة اللعب في الترفيه والترويح عن النفس ، حيث يواجه ذوي الإعاقة الفكرية كثيراً من الضغوط التي تفرضها عليهم ظروف إعاقتهم ، فقد يشعر الطفل المعاق فكرياً في بعض الأحيان أنه أقل من أقرانه . كما تمثل نظرة المجتمع السلبية ضغطاً كبيراً عليه ، وكل هذه العوامل تجعله في حاجة كبيرة لأنشطة تبعث في نفسه السرور والبهجة ، واللعب قد يحقق ذلك .

وقد يكون اللعب أداة تشخيص ، حيث يعبر الطفل من خلال أنشطة اللعب عن ميوله ورغباته ونزعاته واتجاهات التي لا يستطيع أن يعبر عنها في الواقع وذلك بسبب قصوره اللغوي أو عدم قدرته لعوامل نفسية في التعبير عن ذلك ، لذلك يعتبر اللعب أداة مفيدة في تشخيص ذلك .

ويصعب على الطفل المعاق فكرياً التعلم في البرنامج بالنظم وبالأساليب التي يتعلم بها أقرانهم العاديين ، ولذلك يعتبر التدريس والتعليم من خلال اللعب مفيد في تحقيق الأهداف التعليمية والتربوية ، وقد وفر المختصون العديد من الأساليب القائمة على اللعب تستخدم في تربية وتعليم ذوي الإعاقة الفكرية .

ونجح اللعب في أن يكون تكنيكاً علاجياً فعالاً في مجال العلاج النفسي ليكون أحد التكنيكات العلاجية المهمة ، مثله مثل التكنيكات العلاجية الأخرى المستخدمة في العلاج النفسي ، فيستخدم ما يسمى العلاج باللعب في علاج أو خفض الكثير من المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية ، فهو تكنيك فعال في علاج الانطواء والانسحاب والخوف ، والقلق والاكتئاب ، والوحدة النفسية ، والقصور في التفاعل الاجتماعي .

ويميل المعالجون والتربيون إلى استخدام اللعب مع ذوي الإعاقة الفكرية لتحقيق أغراض التسلية والتشخيص والتدريس والعلاج . ومما شجعهم على ذلك الاتجاه نتائج البحوث والدراسات التي اهتمت باللعب . فتوصل كلاً من أحمد أبو زيد وعبير أبو الوفا (٢٠١١) إلى فاعلية العلاج الجماعي باللعب في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصل Findlay(2006) إلى فاعلية العلاج باللعب الجماعي في خفض بعض الاضطرابات النفسية " الخجل - السلوك العدواني - القلق الاجتماعي - تقدير الذات - الوحدة النفسية - الوجدان الإيجابي والسلبي - النقص في المهارات الاجتماعية" . وتوصل Watson (2007) إلى فاعلية العلاج باللعب في تخفيف الاكتئاب والسلوكيات السلبية لدى الأطفال . وتوصل Hsu-smith (2009) إلى فاعلية العلاج باللعب الجماعي في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال بعضهم البعض وتخفيف حدة التوتر والإحباط والخجل لدى الأطفال . وتوصل Hull (2010) إلى فاعلية العلاج باللعب في خفض بعض الاضطرابات الانفعالية "الحزن - الانسحاب الاجتماعي - اليأس - انخفاض الأداء المدرسي - فقدان التمتع بالأنشطة" لدى الأطفال .

وتوصلت نتائج دراسة خديجة الأحمدي (٢٠١٦) إلى فاعلية العلاج باللعب في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية .

العلاج بالفن Art Therapy :

يعرف العلاج بالفن : بأنه عملية تطويع الأنشطة الفنية الخطية والتشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية ونفسية عن طريق استخدام الوسائط الفنية الممكنة في أنشطة فردية وجماعية مقيدة وحرة ،

وذلك وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها ، وأغراض كلاً من المعالج وحاجات العميل ذاته (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ٢٤٠) .

فالعلاج بالفن مدخل علاجي بديل للمداخل التقليدية في مجال العلاج النفسي ، وهو يتضمن ثلاثة عمليات : التنفيس ، والتحليل ، والعلاج . ويشمل عددا كبيرا من الأساليب منها الفن التشكيلي ، والرسوم ، والعلاج بالموسيقى ، والنحت ، والتصوير ، السيكودراما ... وغيرها .

وبرامج العلاج بالفن قد طُورت أساساً لمقابلة الاحتياجات الخاصة لأفراد معينين كالمرضى النفسيين ، وذوي الاضطرابات الانفعالية ولم يعد العلاج بالفن قاصراً على هؤلاء المرضى بل امتد استخدامه ليشمل مجالات وفئات أخرى مختلفة كذوي الإعاقة الفكرية ، وتمتد برامج العلاج بالفن بالنسبة لهذه الفئات تبعاً لطبيعة الانحراف أو الإعاقة لكل فئة منها (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠١) .

وقد يكون من المفيد استخدام العلاج بالفن في مجال الإعاقة الفكرية لأنهم يعانون من نقص في الإحساس بالذات ، ويواجهون صعوبة في العلاقات مع الآخرين ، وربما يكون هذا مناسبا بالنسبة لظروف إعاقتهم الفكرية ، وفي هذه الحالة قد يكون من المفيد في علاج مثل هذه المشكلات الاعتماد على العلاج بالفن ، من خلال عناصر العلاج بالفن المتعددة مثل التفاعل بين المعالج الفني والمنتج الفني (Henley , 1991) .

ويقوم ذوي الإعاقة الفكرية بالأنشطة الفنية التي تناسب مستواهم ، فلا نطلب منهم مستوى عالي من الأداء أثناء ممارسة النشاط الفني . فمن المرجح أن يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من تأخر نوعي في التعبير الفني . فعلى سبيل المثال الطفل المعاق فكرياً في عمر ١١ سنة ما زال يصنع الشخبطة مثل طفل عادي في الثالثة من العمر , Malchiodi (2003 , 95) .

وتم استخدام العلاج بالفن التشكيلي في خفض أو علاج بعض المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية . فقامت حنان نشأت (١٩٩٤) باستخدام الفن التشكيلي في تعديل سلوك العنف لدى ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة . وأشارت النتائج إلى أنه تم تعديل السلوك العدواني وتوجيه طاقة العدوان لمواقف أخرى وأنشطة مقبولة اجتماعيا ولكن بطريقة غير عدوانية .

وتوصلت نتائج دراسة محمد خطاب (٢٠٠٠) إلى فاعلية السيكودراما في خفض العنف لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم .

وتمتد فاعلية الأنشطة الفنية إلى التدريس لذوي الإعاقة الفكرية ، فيمكن من خلال الأنشطة الفنية تدريس الكثير من الموضوعات وخصوصاً فيما يتعلق بالمهارات المعرفية . فهم وبصفة عامة قد يكون لديهم العديد من المهارات البصرية المكانية ، وقد يستغل المعالج هذه الطاقة من المهارات البصرية المكانية في زيادة فهم وعمومية عدد من المفاهيم المعرفية الأخرى . وقد يستهدف المعالج العديد من المهارات المعرفية قبل الأكاديمية مثل فئات الأشياء ، والصور ، وصور الأشياء ، والألوان والأشكال والحجم . وهناك العديد من المهارات الحسابية والقرائية قبل الأكاديمية يمكن أن يستهدفها المعالج وتشمل ربط الحروف ، وربط الكلمات ، وربط الصور بالكلمات ، وربط الصور بالأرقام ، وربط الأرقام بالكميات . وكقاعدة عامة في الأنشطة الفنية أو عند التدريس بالفن يجب أن نعرض أهداف المهمة بوضوح
. (Malchiodi , 2003 , 199)

التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training :

يعتبر التدريب على المهارات الاجتماعية من المداخل العلاجية المهمة مع ذوي الإعاقة الفكرية ، حيث أن القصور في السلوك الاجتماعي جانب من جوانب القصور لدى ذوي الإعاقة الفكرية . ويترتب على القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم الكثير من المشكلات والاضطرابات ، حيث يفسر بعض الباحثين الكثير من الاضطرابات السلوكية والنفسية في ضوء القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة الفكرية .

فيجب توفير الفرصة المناسبة للنمو الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة الفكرية مثل الفرص التي تتاح للعاديين ، ومنها الفرص التي تسمح بنمو المهارات الاجتماعية . (Sobsey , 1988)

ويعرف التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training بأنه مدخل علاجي سلوكي يعتمد على تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية التي تمثل نقصاً أو عجزاً عن أقرانهم العاديين عند تفاعلهم في السياق الاجتماعي المحيط بهم (أحمد أبو زيد ، وياسر حفني ، ٢٠٠٩) .

ويشمل برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تدريب الأطفال على احترام العادات والتقاليد وآداب الحديث والسلوك والتعاون ، ومراعاة مشاعر الآخرين ، والحفاظ على ملكية الآخرين والملكية العامة وتحمل المسؤولية إزاء تصرفاته وأفعاله ، وتكوين علاقات اجتماعية طيبة ، وتقبل الآخرين والمساندة ، وتبادل الأخذ والعطاء والمشاركة الاجتماعية ، وتنمية المهارات اللازمة لشغل وقت الفراغ (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ أ ، ٢٤٥- ٢٤٦) .

وهناك العديد من الدراسات التي استخدمت مدخل التدريب على المهارات الاجتماعية كمدخل علاجي لخفض المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية ، فتوصلت دراسة أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) إلى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض اضطرابات السلوك الفوضوي ، وتمثلت هذه الاضطرابات في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك " التصرف" ، واضطراب العناد المتحدي .

التدريب على مهارات تأكيد الذات :

وتعتبر مهارات تأكيد الذات جزء من المهارات الاجتماعية ، ويتم في التدريب التوكيدي توفير الفرصة للأفراد الذين تعرضوا لخلل في التعلم الاجتماعي أو للأفراد الذين تعلموا السلوك الاجتماعي بطريقة خاطئة لإصلاح هذا الخلل . كما يتضمن توفير الفرصة لبناء مهارات جديدة للتعامل بشكل أفضل مع المواقف الضاغطة ، وخاصة المواقف المرتبطة بالاستجابة العدوانية (Goldfried & Davison , 1976) .

ويمنع السلوك التوكيدي من احتمالية الإساءة الجنسية لذوي الإعاقة الفكرية ، والتي تعتبر من أكبر المشكلات لديهم ، كما أنه حيوي وفعّال في منع انتشار الأمراض الجنسية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل الإيدز المنتشر لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . وللوقاية الفعالة من الإصابة من الأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي يجب أن يمتلك ذوي الإعاقة الفكرية مهارات تأكيد الذات التي تمكنهم من البدء في المشاركة في الجنس الآمن ومنع المشاركة في الجنس غير الآمن

(Scotti , et al . , 1997; Sobsey , 1988) .

واستخدم بعض الباحثين التدريب على مهارات تأكيد الذات كأسلوب لخفض الاضطرابات الأخرى مثل القصور في السلوك الاجتماعي ، واضطرابات القلق ، والقصور في التوافق ، والعدوان ، والعنف (Casas , 2009;. Williamson ,1996) .

ويؤدي تأكيد الذات إلى السلوك الاجتماعي المقبول اجتماعياً والسيطرة الاجتماعية ، والتعبير عن النفس من خلال الكلمات والأفعال ، والتفاعل الاجتماعي الجيد مع الآخرين ، والتوكيدية تعتبر علاقة تكامل بين الثقة بالذات والكفاية الذاتية ، وحلّ المشكلات التي تواجه الفرد مباشرة دون قلق أو توتر (Windsch , 2001 ,18-19)

العلاج الفردي Individual Therapy :

يتم في العلاج الفردي معالجة مريض واحد في كل مرة ، وتعتمد فاعليته أساساً على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ، وهو أكثر فاعلية في علاج المشكلات الخاصة مثل المشكلات والانحرافات الجنسية (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٢٠٧ - ٢٠٨) .

وقد يستخدم العلاج الفردي مع ذوي الإعاقة الفكرية في حالة التعامل مع المشكلات والاضطرابات التي تكون هناك ضرورة لعلاجها فردياً مثل المشكلات الجنسية والمشكلات الخاصة بالسرقة ... وغيرها .

العلاج الجماعي Group Therapy :

يضم العلاج الجماعي جماعة من المرضى في نفس الوقت ، وهنا يُعالج المريض عن طريق الجماعة ، وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي أساساً على العلاقة بين المريض وبين الجماعة ، وبينه وبين المعالج ، وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلة ولكن هناك كثيرين غيره ، ويحدث بينهم نوع من المساندة والمساعدة في حل المشكلات المشتركة ، وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تُيسر الفرص أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية ، وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وأمراض الكلام والجناح (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٢٠٨) .

وتتكون الجماعة في مختلف صور العلاج الجماعي من ٦ - ١٢ فرداً لم يسبق لهم معرفة ببعضهم البعض ، وذلك ليس لأسباب اقتصادية فقط ، ولكن لأن الجماعة لها تأثيراتها (لويس مليكة ، ١٩٩٧ ، ٤٥) .

ويحقق العلاج الجماعي العديد من المزايا لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، فهو يعطي الفرصة لتنمية مهارات التواصل التعبيرية والاستقبالية ، ويمكنهم من مواجهة السلوكيات غير التكيفية ، ويعطي فرصة للتعبير عن المشاعر والمشاركة فيما يتعلق بالاستقلال .... ،وغيره ، وعندما يعجز الأطفال عن التعبير عن مشاعرهم يمكن الاستفادة هنا بفنية لعب الدور للتغلب على الخجل أو الحرج فيما يتعلق بمناقشة بعض الموضوعات .

ويعتمد العلاج الجماعي على المداخل العلاجية الأخرى مثل العلاج السلوكي والمعرفي ...، وقد يكون العلاج الجماعي مفيد جداً مع ذوي الإعاقة الفكرية ، وخاصة في تعليم المهارات والسلوكيات ذات الطبيعة الاجتماعية مثل مهارات التفاعل الاجتماعي .

وقدم التراث السيكولوجي العديد من الدراسات والبحوث التي توصلت إلى فاعلية العلاج الجماعي مع ذوي الإعاقة الفكرية ، فتوصلت نتائج دراسة Ghafoori , et al (2010). إلى فاعلية العلاج الجماعي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات المزاج لدى ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من أحمد أبو زيد وعبير أبو الوفا (٢٠١١) إلى فاعلية العلاج الجماعي باللعب في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم .

التدريب الوالدي Parental Training :

يقضي الآباء مع أبنائهم الأطفال الكثير من الوقت ، والذي يكون أكثر مما يقضيه أي معالج ، لذلك ظهر اتجاه حديث يعتمد على الآباء كمعالجين أو مرشدين لأطفالهم الذين يعانون من مشكلات أو اضطرابات بعد تدريبهم وبتزويدهم بالمهارات والمعارف اللازمة .

ونظراً لأن علاج مشكلات ذوي الإعاقة الفكرية يأخذ وقتاً طويلاً الأمر الذي يترتب عليه صعوبة في التردد على المراكز المختصة ، لذلك اعتمد المختصون على تدريب الآباء وتزويدهم بالمعارف والمهارات اللازمة لتعديل سلوك أبنائهم الشاذ أو تنمية السلوك المناسب .

ويشير مفهوم التدريب الوالدي إلى : الاعتماد على أحد الوالدين أو كليهما في القيام بدور المعالج أو المرشد بعد تدريبه وتزويده بالمعارف والمهارات الخاصة بالسلوك المشكل عند الطفل بهدف تدريب أو تعديل سلوك طفله الشاذ (أحمد أبو زيد ، ٢٠٠٧).

وظهرت الحاجة إلى هذا النوع من البرامج لأن كثيراً من آباء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لا يحسنون رعاية أطفالهم ، إما لجهل بحالة الطفل أو احتياجاته ، أو لنقص في الخبرة بتعليم الطفل ، أو لفهم خاطئ بمسؤوليات الأسرة ، أو الإهمال أو تقاعس عن الواجبات أو لعدم توافر إمكانات العناية بالطفل ، أو الانشغال عن الأسرة (كمال إبراهيم ، ١٩٩٩ ، ٢٣٢) .

ويهدف التدريب الوالدي إلى ضبط سلوك الأطفال وزيادة قدرة الآباء على الملاحظة والاستجابة بطريقة مناسبة لسلوك الطفل في البيئة المناسبة وفي الموقف المناسب (Kutcher , et al . , 2004 , 19) .

ويشمل برنامج التدريب الوالدي لآباء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على ما يلي : -

- تشجيع الوالدين على متابعة نمو الطفل في المجلات المختلفة الجسمية والحركية والحسية ، والعقلية والانفعالية والاجتماعية .
- تدريب الوالدين على كيفية تعليم الطفل المهارات الأساسية للحياة ، كالعناية الذاتية والاستقلالية والاعتماد على الذات في حدود استعداداته .
- تشجيع الوالدين على توفير بيئة أسرية مثيرة لنمو الطفل ومشبعة لاحتياجاته .
- تشجيع الوالدين على دمج الطفل في أنشطة الأسرة والمناسبات الاجتماعية (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ أ ، ٢٨٧) .

وحقق التدريب الوالدي فاعلية في خفض المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة الفكرية ، فتوصلت نتائج دراسة كلاً من Friman and Atman (1990) إلى فاعلية استخدام الآباء لأسلوب التعزيز التفاضلي للسلوك البديل في خفض السلوك الفوضوي .

وتوصلت نتائج دراسة أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) إلى فاعلية التدريب الوالدي في خفض اضطرابات السلوك الفوضوي ، وتنمية المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم .

تعديل السلوك Behavior Modification :

يستطيع الطفل المعاق فكرياً التعلم ، ولكنه يحتاج إلى أساليب خاصة تتمثل في أساليب تعديل السلوك ، وهي طرق تهدف إلى تعديل السلوك الملاحظ للطفل أكثر مما تهدف إلى تعديل تفكيره . ويقوم تعديل السلوك على أساس الفكرة القائلة : إن أثر ما تفعله يتأثر بما يحدث بعده مباشرة وأن تعديل السلوك يفتح أمام الطفل المعاق فكرياً مدى عريضا من الخبرات المفيدة والمستمرة (لويس مليكة ١٩٩٨ ، ٣) .

وتتنوع أساليب تعديل السلوك فيما بين أساليب تنمية السلوك الإيجابي وأساليب تشكيل السلوك وكذلك أساليب خفض السلوك غير المرغوب فيه . وتعتبر أساليب التعزيز من أهم الأساليب وأبسطها في مجال تعديل سلوك ذوي الإعاقة الفكرية . وفي هذا المجال توصلت نتائج دراسة Weiss (2003) إلى فاعلية كلاً من التعزيز الموجب والسلبي في خفض سلوك إيذاء الذات وتشويه الذات لدى ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة كلاً من Madama and Jeff (1998) إلى فاعلية برنامج علاجي قائم على التعزيز المتقطع في خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصل أشرف شلبي (٢٠٠٠) إلى فاعلية استخدام الاقتصاد الرمزي من خلال اللعب الجماعي في خفض العنف لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم .

وتوصلت نتائج دراسة أحمد السناني (٢٠١٨) إلى فاعلية فنيتي التعزيز والنمذجة في تعديل اضطرابات النطق لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة عهد السهلي (٢٠١٨) إلى فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك النمطي لدى ذوات الإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة غدي الزهراني (٢٠١٨) . إلى فاعلية فنيات تعديل السلوك تحسين مهارات التقليد لدى ذوي الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية والتوحد) .

وتوصلت نتائج دراسة أماني العبد (٢٠١٦) إلى فاعلية فنيات تعديل السلوك في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى التلميذات ذوي الإعاقة الفكرية .

وتوصلت نتائج دراسة نورة السهلي (٢٠١٦) إلى فاعلية فنيات تعديل السلوك في تحسين مهارات السلوك التوكيدي لدى التلميذات ذوات الإعاقة الفكرية البسيطة .

العلاج المهني Occupational Therapy :

يتطلب العمل في أنشطة الحياة اليومية الرئيسة امتلاك العديد من المهارات مثل : سلوكيات العمل ، ومهارات العمل ، والقدرات الجسمية والاتجاه نحو العمل ، وذلك لكي يتمكن الأفراد من إنجاز أعمالهم وأنشطتهم . ويعاني ذوي الإعاقة الفكرية من قصور في هذه المهارات لدرجة احتياج ذوي الإعاقة الفكرية إلى التدخل لعلاج مثل هذه المشكلات . ويتم التدخل هنا باستخدام ما يسمى "بالعلاج المهني" .

ويهدف العلاج المهني بصفة عامة إلى تعليم ذوي الإعاقة الفكرية السلوك الاجتماعي المقبول من خلال إدماجهم في أعمال مثل الرسم والأشغال اليدوية والتربية الفنية ، والتربية الرياضية ، والموسيقى ، وأنشطة الترفيه ، ومما يبرز أهمية استخدام هذا النوع من العلاج مع ذوي الإعاقة الفكرية تلك المكاسب السيكولوجية التي ينالها الأطفال في مثل هذا النوع من العلاج ، وقد لوحظ أن من أهم الفوائد في هذا المجال هي الرضا عن النفس ، وتحسين مفهوم الذات ، علاوة على الانتظام الذي يصلح طريقاً لكسب العيش . ويبدو أن هذه الفوائد تبرز أهمية استخدام هذا النوع من العلاج مع ذوي الإعاقة الفكرية (رشاد عبد العزيز ، ومديحة الدسوقي ، ٢٠٠٠) .

التدخل المبكر Early Intervention :

يعرف التدخل المبكر بأنه الخبرات والفرصة التي تتاح للأطفال وللكبار أو آبائهم والتي تهدف إلى تعزيز قدراتهم على اكتساب واستخدام الكفاءات السلوكية التي تشكل أو تأثر على تفاعلاتهم الاجتماعية مع الناس ومع الموضوعات في وقت مبكر .

ويشمل مصطلح التدخل المبكر مدى واسع من الخدمات التربوية والغذائية ورعاية الطفل ودعم الأسرة والتي تصمم وتهدف إلى خفض تأثير الإعاقة عليهم (إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٩ ، ٢١) .

ويعرف بأنه : الخدمات المقدمة لتلبية احتياجات النمو للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في واحد أو أكثر من مجالات النمو الجسدي ، والمعرفي ، والتواصل الاجتماعي الانفعالي ، والتكيف ، وهذه الخدمات تشمل تدريب الوالدين والإرشاد ، والزيارات المنزلية ، والتعليمات الخاصة ، وخدمات اللغة ، وخدمات السمع ، وخدمات جسمية ، وخدمات نفسية ، وخدمات مهنية ، وخدمات طبية ، وخدمات تكنولوجية مساعدة ، وخدمات اجتماعية ، وخدمات نقل للآباء والأطفال للمشاركة في الخدمات ، وهذه الخدمات تقدم في وقت مبكر لعمر الأطفال . (Hanson & Bruder , 2001 , 48-49)

ويقصد بالتدخل المبكر في مجال الإعاقة الفكرية تلك الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال المعرضين at risk للإعاقة الفكرية قبل وأثناء وبعد الولادة ، وأيضاً جهود الأخصائيين في تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في مرحلة الرضاعة ، وتوفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة المبكرة ، وبخاصة في عمر مبكر من الولادة وحتى الخامسة من العمر . ويعتبر التدخل المبكر من السمات البارزة في رعاية المعاقين وذوي الإعاقة الفكرية خاصة في الربع الأخير من القرن العشرين (كمال مرسي ، ١٩٩٩ ، ٢١٣) .

ويلعب التدخل المبكر دوراً متزايدا الأهمية في مجال الإعاقة الفكرية . ومن المهم أن نضع التدخل المبكر في السياق المؤسسي ، وأن ننظر إلى التحديات التي تواجهه . حيث أن القصور الذي يعاني منه الصغار ذوي الإعاقة الفكرية على مستوى العالم مصدر قلق واضح . وتشير التقديرات إلى أن حوالي ٧٨٠ مليون طفل في مرحلة الخمس سنوات الأولى من العمر من ذوي الإعاقة الفكرية مستفيدين من خدمات التدخل المبكر . (Olness 2003)

وتشير هذه التقارير أيضا إلى زيادة العوامل المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، والتي تعرضهم لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية ، وهناك عدد كبير من العوامل يمكن السيطرة عليها مبكراً قبل أن تُعرض الأطفال لخطر الإصابة بالإعاقة الفكرية ، ومن هذه العوامل : سوء التغذية ، وإصابات الدماغ ، والتسمم بالرصاص ، وانخفاض الوزن ، والأورام الخبيثة ، وهناك عوامل خاصة بالفقر ، وسوء معامل الطفل وإهمال الطفل . (Guralnick , 2000)

ويتوقع الباحثون أن برامج التدخل المبكر سوف تحد من خطر الإصابة بالإعاقة الفكرية ، وسوف تحد من خطر زيادة آثار الإعاقة الفكرية . وهذه التوقعات قد تكون عالية إذ ما تم بناء التدخل المبكر على مجموعة من الأسس ، وهناك مبررات واقعية تعطي دوراً كبيراً للآباء في تنمية قدرات أطفالهم ، ويكون من الضروري أن تلبي برامج التدخل المبكر احتياجات الأسر في معظم فترة الضغوط ، وأن تركز على الموضوعات التي تدعم التكيف ، والتي تكون أو سوف تكون ضرورية لتقوية الأسر ، وذلك لتحقيق أقصى قدرة لنمو الطفل (Bailey et al . 1998; Guralnick , 1998) .

وتتضمن الأسس المنطقية للتدخل المبكر أن التدخل المكبر فيه فرصة فريدة لتغيير مسارات نمو الطفل في مرحلة الطفولة (Bailey et al . 2001) .

فالتدخل الشامل المبكر سوف يحقق فوائد طويلة المدى سواءً للأطفال أو لآبائهم . وأن هذه الفوائد سوف تعلب دوراً في المحافظة على الوقت وخفض التكلفة (Guralnick 2004a) .

وتصنف برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة الفكرية في مرحلة ما قبل المدرسة إلى نوعين هما :

- برامج الطفولة المبكرة المصممة بهدف الوقاية : ويستهدف هذا النوع الأطفال الذين يعتبرون عرضة للإعاقة الفكرية البسيطة ، ويشمل هذا النوع البرامج الموجهة لأغراض الوقاية إلى خفض معدلات الإصابة بالإعاقة الفكرية ، وتحقيق آثار إيجابية طويلة المدى .
- برامج الطفولة المبكرة المصممة لأغراض النمو اللاحق : ويستهدف الأطفال الذين يعانون من إعاقة الفكرية شديدة ، وهذا النوع موجه إلى تحقيق أهداف نمائية خاصة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٩ ، ٢٥٨) .

ويشمل التدخل المبكر الناجح معالجة الضغوط ، والتي تتضمن الاحتياج من المعلومات والضغوط الأسرية والشخصية . ومن ثم تصميم وتنفيذ وتنسيق برنامج تدخل مبكر شامل للتخفيف من حدة تلك الضغوط . وبصفة عامة هناك عناصر متعددة

ومتداخلة لبرامج التدخل المبكر ، ويمكن حصر هذه العناصر في ثلاثة فئات هي دعم الموارد ، والدعم الاجتماعي ، والخدمات والمعلومات (Guralnick 1997a , 1998) .

وبصفة عامة التدخل المبكر يُقدم للأطفال المعرضين للخطر أو للذين تعرضوا للإعاقة الفكرية بالفعل ، وهو جزء لا يتجزأ في السياق العام لنمو الطفولة المبكر . (Guralnick 2001a)

القصة الاجتماعية Social Story :

وتم استخدام القصة الاجتماعية كمدخل لعلاج الكثير من المشكلات التي يعاني منها ذوي الاضطرابات النمائية بما فيها المعاقين فكرياً وذوي اضطرابات التوحد ، فتم التحقق من استخدام القصة الاجتماعية في خفض السلوكيات النمطية والعدوانية والنشاط الزائد واضطرب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وغيرها من المشكلات السلوكية ، كما تستخدم في تحسين القدرات المعرفية والتكيفية بصفة عامة .

وتوصلت نتائج دراسة ميسوري الحربي (٢٠١٧) إلى فاعلية القصة الاجتماعية في تحسين مهارات الاستماع لدى التلميذات ذوات الإعاقة الفكرية البسيطة .

العلاج بالصدمة الكهربائية Electroconvulsive Therapy :

تعتمد فكرة العلاج بالصدمة الكهربائية على تمرير تيار كهربائي خارجي إلى خلايا الدماغ . وقد يستخدم هذا النوع من العلاج عندما لا يستجيب الأفراد للتدخلات الطبية والنفسية . ويتم العلاج هنا باستخدام جهاز خاص وتقنيات خاصة .

وتم استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية لأول مرة في فرنسا على يد Heuyer في الأربعينات ١٩٤٠ ، وتم استخدامه على يد L. Bender في الولايات المتحدة الأمريكية ، وتمت إعادة تقييمه في فترة متأخرة من التسعينات ١٩٩٠.

وقد حقق العلاج بالصدمة الكهربائية فاعلية في علاج الأمراض الوجدانية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين ، وكان فعالا في علاج فئات كثيرة منها ذوي الإعاقة الفكرية ، وحالات الإعاقة الفكرية المرتبطة بالأمراض الوراثية ، وحالات الشلل الدماغي ، واضطراب التوحد (Consoli , et al . ,2012) .

وتم استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية في علاج بعض الاضطرابات الوجدانية لدى ذوي الإعاقة الفكرية ، وكان الأسلوب فعالا في خفض الاكتئاب الأساسي ، والهلع ، وكشف الدراسات أن هناك ١٦ حالة من ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعانون من اضطرابات وجدانية تم علاجهم بالصدمة الكهربائية
. (Kessler , 2004; Merrill , 1990)

وكان العلاج بالصدمة الكهربائية فعال في خفض سلوك إيذاء الذات والسلوك العدواني لدى ذوي الإعاقة الفكرية (Consoli , et al . ,2012) .

مداخل علاجية أخرى :

قد تكون أنشطة المخيمات أو المعسكرات Camping activities ذات قيمة بشكل كبير لجميع الأطفال ، وخاصة خبرات النوم البعيد sleep-away ، وقد كشفت العديد من الدراسات أن أنشطة المخيمات قد حققت العديد من الفوائد بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ، مثل : الاعتماد على الذات ، والتواصل ، والاستقلال ، وتقدير الذات (Keirnan , et al . ,2004 ;Johnson , 1997) .

وتفيد أنشطة الترويح البدني Physical Recreation في تحسين الصحة الجسمية واللياقة ، وتعزيز السلوك الاجتماعي ، وبناء تقدير الذات ، واحترام الذات لدى الأطفال ذوي الصعوبات النمائية . فيتمكن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في كثير من الأحيان من المشاركة في الألعاب المتخصصة مثل الألعاب الأولمبية . فالبرامج الدولية توفر تدريبات سنوية ومنافسات رياضية متنوعة في الشتاء والصف ، وهذه البرامج تزودهم بفرص لممارسة القيادة والاجتماعية بشكل أفضل . وتركز الجهود الحديثة على توفير الفرص للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة والشديدة جداً ليستمتعوا بالأنشطة الاجتماعية والترفيهية ، وخاصة في المرحلة العمرية من ٥ إلى ٣٠ سنة ، وهذه الأنشطة تشمل التنس ، والسباحة ، وكرة السلة ، وكرة القدم ، وتدريبات اللياقة . وعلى أية حال قد تركز الألعاب التنافسية مثل الأولمبياد الخاصة على المتعة وبناء تقدير الذات . (Johnson , et al . ,2006 ,146)

الفصل العاشر

الإعاقة المزدوجة

(الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد)

- تعريف الإعاقة المزدوجة .
- نسبة انتشار الإعاقة المزدوجة .
- خصائص الإعاقة المزدوجة .
- أسباب الإعاقة المزدوجة .
- البرامج التربوية لذوي الإعاقة المزدوجة .
- التدخلات لذوي الإعاقة المزدوجة .
- توظيف ذوي الإعاقة المزدوجة.

الفصل العاشر
الإعاقة المزدوجة[1]
(الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد)

حظيت فئات الإعاقة البسيطة بكل أنواعها باهتمام كبير سواء على الصعيد المحلي أو الصعيد العالمي . فكان هناك اهتمام كبير من جانب الباحثين حيث توفرت لدينا معلومات كبيرة عن فئات الإعاقة البسيطة ، فيزخر التراث العلمي في مجال الإعاقات البسيطة بكم كبير من البحوث والدراسات التي تناولت تلك الإعاقات بالوصف والتشخيص والعلاج ، وابتكار الكثير من البدائل التربوية والتعليمية والعلاجية والإرشادية .

وتأخر كثيراً مجال البحث في الإعاقات المزدوجة - على سبيل المثال الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد -فلا يجد الباحث في مجال الإعاقة المزدوجة إلا بحوثاً قليلاً . وأي كانت الجهود في هذا المجال ، فقد تنبه الباحثون إلى ضرورة بحث ودراسة الإعاقات المزدوجة من حيث الوصف والتشخيص والعلاج والتربية والتعليم والتدريب ، لتوفير قدر كافي من البيانات والمعلومات عن فئات الإعاقة المزدوجة ، حيث يتثنى للآباء والمربين والمهتمين والمجتمع من توفير الخدمات المناسبة لفئات الإعاقات المزدوجة .

وتعد فئة الإعاقة المزدوجة "الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد" إحدى فئات الإعاقة المزدوجة التي تحتاج إلى بذل الجهد لتوفير البحوث والدراسات الكافية عنها ، فهي مثل أي إعاقة مزدوجة لم تجد حظاً كافياً من الدراسة والبحث .

فتحتاج تلك الفئة إلى جهود تربوية وتعليمية ومجتمعية أكبر ، فلا نستطيع أن نقول إن ما يصلح لأحد تلك الفئات الإعاقة الفكرية أو اضطراب التوحد من تقنيات تربوية أو تعليمية أو علاجية أو تأهيلية قد يصلح لتلك الفئة الإعاقة المزدوجة "الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد" . فهذه الفئة المزدوجة أصبح نوع آخر من الإعاقة .

---

(١) يستخدم مصطلح "الإعاقة العقلية المزدوجة" في هذا الفصل للإشارة إلى الأفراد الذين يتصفون بالإعاقة العقلية والأوتيزم معاً .

وتعد فئة الإعاقة الفكرية المزدوجة "الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد" فئة معقدة إكلينيكياً ، ولديهم فرص محدودة من الرعاية النفسية ، لأنه لا تتوفر البيانات والمعلومات الكافية عنهم (Azeem , et al . ,2014) .

وتعد الفئة المزدوجة من أكثر فئات الإعاقة المزدوجة انتشاراً ، وكان قديما يتم تشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد ضمن فئات الإعاقة الفكرية ، كما أن "كارنر" مكتشف حالات اضطراب التوحد قد تعرف على فئة اضطراب التوحد من بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية . أي كان الأفراد ذوي اضطراب التوحد مشخصين على أنهم معاقين فكرياً . فالكثير من الأطفال المعاقين فكرياً تظهر عليهم أعراض اضطراب التوحد ، والكثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد تظهر عليهم أعراض الإعاقة الفكرية .

تعريف الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

تعرف الإعاقة الفكرية Intellectual Disability بأنها حالة تتصف بانخفاض القدرة العقلية العامة "الذكاء" لأقل من المتوسط بمقدار انحرافين معياريين ، والقصور في مهارات السلوك التكيفي ، وتحدث هذه الحالة في المرحلة النمائية ، أقل من ١٨ سنة .

ويعرف اضطراب التوحد بأنه حالة تتصف بالقصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك المتكرر .

وتعرف فئة الإعاقة الفكرية المزدوجة " الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد " بأنها فئة تجمع الخصائص التشخيصية للإعاقة الفكرية واضطراب التوحد معاً . بالتالي تزداد المشكلة حدة فيكون تأثير الإعاقة على الفرد أكبر بكثير من لو كان يعاني من إعاقة واحدة . ويكون القصور والتأثير السلبي على الأسرة أكبر ، وكذلك على المدرسة والمجتمع .

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأعراض الثلاثة الرئيسة لاضطراب التوحد "القصور في التواصل والقصور في التفاعل الاجتماعي ، والسلوك التكراري والنمطي" قد يكون موجودا أكثر لدى الراشدين ذوي الإعاقة الفكرية
.(Matson et al . 2008; Billsted et al . 2007)

نسبة انتشار الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

أجرى Lotter (1978) دراسة مبكرة في هذا المجال للتعرف على انتشار اضطراب التوحد ضمن الأطفال المعاقين فكرياً على عينة تكونت من سبعة دول أفريقية ، وتوصل إلى انتشار ذوي اضطراب التوحد ضمن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة ٠,٧٪ . وقد تكون نسبة الانتشار في هذه الدراسة بسيطة بناء على التقارير الحديثة عن انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال والمراهقين في الدراسات والبحوث التي أجريت مؤخراً .

وأشار Rapin (1997) إلى أن ٧٥٪ من الأفراد ذوي اضطراب التوحد لديهم إعاقة فكرية ، وأن الإعاقة الفكرية الشديدة severe ترتبط بحالات اضطراب التوحد الشديد .

وتوصلت نتائج دراسة La Malfa et al . (2004) إلى أن ٤٠٪ من ذوي الإعاقة الفكرية لديهم اضطراب النمو المنتشر pervasive developmental disorder ، وأن ٧٠٪ من ذوي اضطراب النمو المنتشر لديهم إعاقة فكرية .

وأجرى De Bildt et al . (2005) دراسة على الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الفكرية في هولاندا توصل فيها إلى انتشار اضطرابات النمو المنتشرة بنسبة ١٦,٧٪ ضمن الأطفال والمعاقين ذوي الإعاقة الفكرية بناءً على معايير تشخيص الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكية .

وقام Seilf Eldin et al . (2008) بدراسة عن انتشار اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في دول شمال أفريقيا ، وبالتحديد في مصر وتونس ، وتوصل إلى أن اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال المعاقين فكرياً بنسبة ٣٣,٦٪ في مصر ، وبنسبة ١١,٥ في تونس .

وأجرى Bakare et al . (2012) دراسة حديثة عن انتشار اضطراب التوحد ضمن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في نيجيريا ، وتكونت العينة من ٤٤ طفلا من الذكور والإناث من ذوي الإعاقة الفكرية ، بمتوسط عمري قدره ١٣,٢ ، بناء على معايير تشخيص الإعاقة الفكرية في التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases الطبعة العاشرة . وتوصل إلى أن ١١,٤٪ من العينة لديهم اضطراب توحد

طفولي childhood autism ، وكانت نسبة الأطفال ذوي اضطراب التوحد ٤,٥٪ ضمن الإعاقة الفكرية البسيطة Mild ، وكانت نسبة اضطراب التوحد ٢,٣٪ ضمن الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate ، وكانت نسبة الأوتيزم ٤,٥٪ ضمن فئة الإعاقة الفكرية الشديدة Severe ، ولا توجد حالات اضطراب توحد ضمن فئة الإعاقة الفكرية الشديدة جداً Profound .

ويشير Fombonne (2003) إلى أنه بالرغم من أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد قدرتهم العقلية يمكن أن تقع في المدى المتوسط إلى المتفوق إلا أنه - تقريباً هناك من ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من الأفراد ذوي اضطراب التوحد مشخصين بالإعاقة الفكرية . وهناك أكثر من ٤٠٪ من الأفراد ذوي اضطراب التوحد مشخصين بالإعاقة الفكرية الشديدة والشديدة جداً . وهذا قد يتناقض مع دراسة Shah et al . (1982) التي توصلت إلى أن هناك ٤٪ من ذوي الإعاقة الفكرية لديهم اضطراب التوحد .

ويبدو من العرض السابقة أن هناك تباين حول انتشار حالات اضطراب التوحد ضمن فئات الإعاقة الفكرية ، وهذا قد يرجع إلى تباين الثقافات والحضارات ، حيث أشار Zaroff and Uhm's إلى تباين انتشار اضطراب التوحد autism spectrum disorder عبر الثقافات والمناطق .

ويرجع تباين دراسات الانتشار إلى المعايير التشخيصية المستخدمة في تشخيص الأفراد ذوي اضطراب التوحد . وبصفة عامة تشير البحوث والدراسات الحديثة إلى انتشار فئة الإعاقة المزدوجة "الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد" على مستوى العالم (Matson & Shoemaker , 2009) .

وتوصلت نتائج دراسة Susan et al . (2008) إلى وجود ٢٨٪ حالة اضطراب توحد ضمن المعاقين فكرياً ، ومنهم ٣٢٪ بين ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة ، وكانت نسبة الذكور للإناث ٢ - ١ ، ٢٤,١ بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وكانت نسبة الذكور للإناث ٢,١ - ١. ويرى Leonard et al . (2011) أن هناك حوالي ٧٠٪ من حالات اضطراب التوحد يتصفون بالإعاقة الفكرية .

ويتضح مما سبق أن هناك تباين كبير في تقييم نسبة اضطراب التوحد ضمن المعاقين فكرياً ، أو نسبة المعاقين فكرياً ضمن الأفراد ذوي اضطراب التوحد ، وهذا قد

يرجع إلى اتساع معايير تشخيص اضطراب التوحد بمرور الزمن ، وكذلك الاعتراف مؤخراً بوجود اضطراب التوحد مصاحب للإعاقة الفكرية ، أو وجود الإعاقة الفكرية مصاحبة لاضطراب التوحد . فالدراسات المتأخرة في هذا المجال تشير إلى ارتفاع نسبة الإعاقة الفكرية ضمن الأفراد ذوي اضطراب التوحد ، وارتفاع نسبة اضطراب التوحد ضمن الإعاقة الفكرية .

خصائص ذوي الإعاقة المزودجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد،

تختلف خصائص ذوي الإعاقة الفكرية المزدوجة عن خصائص ذوي الإعاقة الفكرية فقط أو عن خصائص ذوي اضطراب التوحد فقط في بعض الخصائص بما يمكن أن نطلق عليه أنهم فئة متصفة بخصائص فريدة في الخصائص والقدرات والمهارت . فتشير نتائج دراسة كلاً من Wilkins and Matson (2009) إلى أن مهارتهم الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية الموجبة أقل من أقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية فقط ، فالطفل ذو الإعاقة المزدوجة يحاول أن يتواصل مع الآخرين ، ويبتسم استجابة للتصريحات الموجبة ، وسلوكهم الاجتماعي غير اللفظي أكثر تحدي .

وبتحليل دراسات وبحوث المهارات الاجتماعية لتلك الفئة نجد أن الباحثين قد وضعوا المهارات الاجتماعية في فئتين رئيستين هما : السلوك الموجب Positive Behaviors ، وسلوك التحدي Challenging Behaviors إشارة إلى السلوك السلبي . وتشمل السلوكيات الاجتماعية الموجبة السلوكيات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية ، وكذلك التواصل اللفظي وغير اللفظي والتي تشير إلى الفائدة الاجتماعية وتوفير البدايات الاجتماعية المناسبة والاستجابة لمواقف معينة مثل إظهار الاهتمام بالآخرين ، والابتسام والنظر إلى الآخرين ، واللعب التفاعلي البسيط . وسلوكيات التحدي تشمل أيضاً السلوك اللفظي وغير اللفظي غير المناسب ، مثل السلوك الفوضوي والعزلة والسلوك النمطي التكراري أو تلك السلوكيات التي تتداخل مع قدرتهم على الاندماج في المواقف الاجتماعية المناسبة والموجبة مع الآخرين مثل السلوك النمطي التكراري "الضوصاء العالية غير المناسبة ، والاعتراض غير المناسب ، أو السلوكيات الغريبة في الأماكن العامة ، والتلفظ التكراري" ، وسلوكيات التدمير والتحدي " تدمير الممتلكات ، والقيام بتصرفات عكس ما هو مطلوب" سلوك العداون وإيذاء الذات مثل

" الانغماس في سلوك إيذاء الذات ، أو السلوكيات الأخرى غير المناسبة لتجنب التواصل الاجتماعي ، والسلوك العداوني ضد الآخرين" . فسلوكيات التحدي عامة ضمن فئة ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية ، وخاصة فئة ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية بدرجة شديدة ، وشديدة جداً . وهذه السلوكيات قد تكون بسبب الصعوبات الاجتماعية الدالة التي تميز فئة ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية . وهذا قد يعطي أهمية كبيرة لمعالجة تلك المشكلات ضمن هذه الفئة
Campbell ,2003; Matson et al . ,1999; Lancioni & O'Reilly 1998 Wilkins & Matson ,2009;)

وأجرى (2004) . Bradley , et al دراسة مقارنة للتعرف على الاضطرابات السلوكية والنفسية لدى ذوي الإعاقة المزدوجة وذوي الإعاقة الفكرية فقط . وتكونت العينة من ١٧١ مشاركاً في المدى العمري من ١٤ - ٢٠ سنة ، وتم التشخيص بناء على معايير الدليل التشخيصي الرابع ومعايير تصنيف الأمراض العاشر ، وتوصل إلى أن نسبة اضطراب التوحد ضمن المعاقين عقلياً وفكرياً ٣٥٪ ، وتوصل إلى أن الاضطرابات السلوكية والنفسية لدى فئة الإعاقة المزدوجة أعلى من فئة اضطراب التوحد فقط فكانت فئة الإعاقة المزدوجة أعلى في اضطربات الهوس ، والقلق ، والاكتئاب ، واضطرابات الأكل ، واضطرابات النوم ، واضطرابات المزاج ، والاضطرابات الجنسية ، والشيزوفرينيا ، والتحكم في الاندفاع ، ومتلازمة الاضطربات العضوية النفسية ، وسلس البول وسلس البراز ، والسلوك النمطي واللازمات الحركية ، وإيذاء الذات . وكانت حدة الاضطرابات السلوكية والنفسية قد تصل إلى حد المعايير الإكلينيكية لدى فئة الإعاقة العقلية المزدوجة . وبصفة عامة كان متوسط الدرجة الكلية على مقياس الاضطرابات السلوكية والنفسية المستخدم في الدراسة لفئة الإعاقة المزدوجة ٤٤ ، ٤٥ وكان متوسط الدرجة الكلية لفئة اضطراب التوحد فقط ١٦ ، ١٧.

ويتصف ذوي الإعاقة المزدوجة بسلوك الإثارة الذاتية Self-Stimulatory والذي يحد بشكل كبير من تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين (Pilling ,et al . , 2007) .

وقام (2008) . Matson et al بدراسة مقارنة بين ذوي الإعاقة المزدوجة والمعاقين فكرياً فقط في بعض الخصائص . وتوصل إلى وجود فروق جوهرية بين الفئتين في التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي والتكراري ، حيث كان بمعدل أكبر لدى ذوي

الإعاقة المزدوجة ، وحيث تكونت العينة من ٥٧ شخصاً من ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب التوحد ، ٥٧ شخصاً معاق فكرياً فقط . وتم تشخيصهم بناء على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والتصنيف الدولي العاشر للأمراض .

وأجرى Mccarthy (2007) تقييم للدراسات التي تناولت الأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة من يناير ٢٠٠٦ إلى يناير ٢٠٠٧ ، وخلص إلى أن ذوي الإعاقة المزدوجة لديهم معدلات مرتفعة من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطرابات المزاج ، والسلوك التكراري مقارنة بأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية فقط .

وتترك الإعاقة المزدوجة تأثير سلبي على الآخرين أكثر مما تركه كل إعاقة على حدة ، فأجرى Petalas , et al . (2009) دراسة للتعرف على المشكلات الانفعالية لدى أشقاء المعاقين ، حيث تكونت العينة من ٢٥ طفلاً لديهم أشقاء ذوي إعاقة مزدوجة ، ٢٤ طفلا لديهم أشقاء معاقين فكرياً فقط . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أشقاء ذوي الإعاقة المزدوجة لديهم معدل مرتفع من المشكلات الانفعالية والسلوكية مقارنة بأقرانهم أشقاء ذوي الإعاقة الفكرية فقط .

وتوصلت نتائج دراسة Fairthorne , et al . (2014) إلى الأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة يقومون بالعديد من السلوكيات التي تعوق توافق آبائهم مثل سلوكيات التحدي (الهروب Running Away ، الصراخ Screaming ، نوبات الغضب Tantrums ، إيذاء الذات Self–Harm ، العنف Violence ، والنوم Sleep Issues) ، وهذا المشكلات تؤثر على جودة الحياة لدى آبائهم ، حيث تعمل هذه المشكلات على عزل الأسرة اجتماعياً ، وتزيد من عبء العمل ، فضلاً عن الزيادة في حجم المصاريف ، وأن هذه المشكلات تسبب الإزعاج ، فالأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة يدمرون الأشياء ، ويتلفون ممتكلاتهم وممتلكات الآخرين ، وكل هذه المشكلات تؤثر على أهداف وعلاقات وصحة وخطط آبائهم مما يجعل آباؤهم يعانون من انخفاض جودة الحياة .

وأجرى Morgan et al .(2003) دراسة مقارنة على عينة كبيرة من الراشدين ذوي الإعاقة المزدوجة في الاضطرابات النفسية بناء على معايير منظمة الصحة العالمية العاشرة ، وتوصل إلى أن اضطرابات الاكتئاب أكثر عمومية لدى ذوي الإعاقة المزدوجة

مقارنة بذوي الإعاقة الفكرية فقط ، على الرغم من عدم وجود اختلافات مرضية أخرى ، وتشير هذه النتائج إلى زيادة تعرض ذوي الإعاقة المزدوجة لخطر الاكتئاب .

وتوصلت نتائج دراسة Tsakanikos et al (2006). إلى أن ذوي الإعاقة المزدوجة أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية . وتوصل كلاً من Elspeth & Barry (2005) إلى أن ذوي الإعاقة المزدوجة يعانون من نقص الانتباه والنشاط الزائد ، والاندفاعية أكثر من كل فئة على حدة .

وتشير نتائج بعض البحوث والدراسات إلى ارتفاع المشكلات الانفعالية Emotional Problems ، ومشكلات المسلك Conduct Problems ، والنشاط الزائد Hyperactivity لدى الأطفال ذوي الإعاقة المزدوجة . وهذه النتائج صحيحة لوجود اضطراب انفعالي Emotional Disorder لدى أمهاتهم . وهذه النتائج مؤكدة حتى بعد ضبط متغير العمر ، والجنس ، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة والحالة العقلية للأمهات (Rapanaro , et al . 2008 Hastings & Taunt 2002) .

وأجرى Totsika et al . (2011) دراسة فريدة للتعرف على المشكلات السلوكية (النشاط الزائد ، مشكلات المسلك ، الأعراض الانفعالية) لدى أربعة مجموعات وهم ذوي الإعاقة المزدوجة ، والمعاقين فكرياً فقط ، وذوي اضطراب التوحد فقط ، والعاديين . وتوصل إلى أن ذوي الإعاقة المزدوجة كانوا أكثر في النشاط الزائد Hyperactivity ، وفي مشكلات المسلك Conduct Problems ، وفي الأعراض الانفعالية Emotional Symptoms ، وأمهاتهم أكثر معاناة من الأمراض العقلية الحادة Maternal Serious Mental Illness ، وأقل رضا عن الحياة High Maternal Life Satisfaction ، وأمهاتهم أكثر مشقة ومشكلات نفسية . ودرس أثر جنس الطفل وتوصل إلى أن الذكور ذوي الإعاقة المزدوجة أكثر معاناة من المشكلات السلوكية . وكان ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض أكثر معاناة من المشكلات السلوكية . وكان ذوي الإعاقة المزدوجة لأمهات ذوات اضطرابات عقلية أكثر معاناة من المشكلات السلوكية . وكان ذوي الإعاقة المزدوجة لأمهات الرضا عن الحياة المنخفض أكثر معاناة من المشكلات السلوكية .

وتوصلت نتائج بعض البحوث والدراسات أن ذوي الإعاقة العقلية المزدوجة يشتركون في بعض الخصائص ، فهم يتصفون بالتأخر النمائي Developmental Delay ، واللغة غير العادية Abnormal Language ، والصعوبات الاجتماعية Social Difficulties . فضلاً عن بعض المشكلات الصحية مثل الصرع Epilepsy ، والاختلال الوظيفي في الأمعاء Bowel Dysfunction ، واضطرابات المناعة الذاتية Autoimmune Disorders (Schieve , et al . ,2012; apa , 1994) .

وتوصل Fournier et al . (2010) إلى أن ذوي الإعاقة العقلية المزدوجة يعانون من ضعف في المهارات الحركية أكثر من كل فئة على حدة .

أسباب الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

الحديث عن أسباب الإعاقة العقلية المزدوجة لا يجب أن يكون بمعزل عن الأسباب الخاصة بكل فئة على حدة . وخاصة عندما تحدثنا عن أسباب الإعاقة الفكرية فيما سبق لاحظنا أن أسباب الإعاقة الفكرية معقدة ومتعددة ، فليس هناك سبب أو أكثر قد يكون مسؤل عن حدوث الإعاقة الفكرية لدى معظم الحالات الحالات .

وتشير نتائج البحوث والدراسات أن معظم أسباب حالات اضطراب التوحد ونسبة كبيرة من ذوي الإعاقة الفكرية غير معروفة ، وهذا بالرغم من التأثير الجيني المعترف به الكامن وراء كل من الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد . فتشير تقارير حديثة أن ١٠-٢٠٪ من حالات اضطراب التوحد ترجع إلى الشذوذ الجيني Genetic Anomaly ، وهذا السبب أيضاً مسؤل عن حدوث الإعاقة الفكرية (Betancur , 2011) .

وأجرى Langridge et al . (2013) دراسة حديثة للتعرف على أسباب الإعاقة المزدوجة مقارنة بكل فئة على حدة . وتوصل إلى أن الأسباب المسؤل عن حدوث الإعاقة المزدوجة هي نفسها الأسباب المسؤلة عن حدوث كل إعاقة على حدة ، ولكن هناك أسباب قد تكون أكثر انتشاراً لدى ذوي الإعاقة المزدوجة مثل : إصابة الأم بالسكري Maternal Diabetes ، وخطر الإجهاض Threatened Abortion قبل الأسبوع العشرين من الحمل . وبصفة عامة هناك أسباب مسؤلة عن حدوث الإعاقة المزدوجة ، وكل إعاقة على حدة هي ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل Pregnancy

Hypertension ، وإصابة الأمهات بالربو Asthma ، وعدوى المسالك البولية Urinary Tract Infection ، والمشيمة المزاحة[1] Placenta Praevia أثناء الحمل ، وانفصال المشيمة Placenta Abruptio ، وحالات الولادة المبكرة . وتوصل Muhle et al . (2004) أن الإعاقة المزدوجة تحدث نتيجة لعوامل وراثية وعوامل غير وراثية .

البرامج التربوية لذوي الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

وجود فروق في الخصائص والقدرات والمهارات بين ذوي الإعاقة المزدوجة وذوي الإعاقة الفكرية فقط وبين الأفراد ذوي اضطراب التوحد فقط يجعل منهم فئة فريدة من نوعها لها احتياجاتها التربوية والتعليمية والنفسية والعلاجية والتأهيلية الخاصة . فالبرامج المصممة حالياً سواء كانت البرامج المصممة لذوي الإعاقة الفكرية فقط أو البرامج المصممة لذوي اضطراب التوحد فقط لا تصلح لفئة الإعاقة المزدوجة . فيرى كلاً من Wilkins and Matson (2009) أن البرامج المصممة لكل فئة على حدة لا تصلح لفئة الإعاقة المزدوجة .

فوضع برنامج تربوي يتطلب مراعاة الخصائص التي تتصف بها فئة الإعاقة المزدوجة ، فهم قد يتصفون بخصائص فئتين فئة الإعاقة الفكرية وفئة اضطراب التوحد . وقد يكون القصور في القدرات والإمكانات أكثر حدة من قصور كل فئة على حدة . وبصفة عامة ينبغي وضع البرنامج التربوي بناء على الخصائص التي يتصف بها ذوي الإعاقة المزدوجة من مهارات وقدرات ....

وتحتاج فئة الإعاقة المزدوجة إلى جهود كبيرة في تعديل السلوك ، وفي خفض المشكلات النفسية والسلوكية ، حيث أشارت الدراسات والبحوث إلى أن المشكلات السلوكية والنفسية أكثر حدة لدى هذه الفئة .

ويرى Susan et al . (2008) أن المناهج المقدمة لذوي الإعاقة الفكرية ينبغي إعادة تكيفها لتلائم ذوي الإعاقة المزدوجة .

---

(١) هي حالة غير طبيعية تكون المشيمة داخل الرحم ، فقد تغلق الرحم تماماً أو تكون قريبة من عنق الرحم ، وقد تحدث هذه الحالة في المراحل الأولى من الحمل ، وغالباً في الستة أشهر الأولى من الحمل .

التدخلات لذوي الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

تعد التدخلات الاجتماعية من المداخل المفيدة والفعالة مع فئة الإعاقة المزدوجة في تحسين السلوك الاجتماعي بصفة عامة ، وبصيغة أكثر تحديداً المداخل الاجتماعية فعالة في تحسين المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي ، وفي خفض المشكلات النفسية والسلوكية لديهم .

فقد توصل كلاً من Reynhout and Mark (2007) إلى أن فنية "القصة الاجتماعية" مفيدة في خفض المشكلات السلوكية لدى فئة الإعاقة المزدوجة .

ويعد التدريب على التقليد من التقنيات الفعالة في تحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي الإعاقة المزدوجة . وذلك لعدة أسباب منها : أن التقليد من المهارات التنموية المحورية التي تخدم كلاً من الوظيفة الاجتماعية والتعليمية ، كما أن الأفراد ذوي الإعاقة المزدوجة لديهم عجز واضح في مهارات التقليد والذي يضعف بشكل كبير المهارات الوظيفية ومهارات التواصل الاجتماعي المتقدمة لذلك فالتقليد مهارة اجتماعية بالغة الأهمية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين ذوي اضطراب التوحد ، وخاصة أولئك الذين يعانون منهم من انخفاض القدرة العقلية لأقل من المتوسط ، أي ذوي الإعاقة المزدوجة . فالتدريب على مهارات التقليد فعال في زيادة مهارات التقليد وتحسين السلوك الاجتماعي لديهم . ففي دراسة أجراها Ingersoll (2010) توصل فيها إلى أن التدريب على مهارات التقليد ثلاث ساعات أسبوعياً لمدة عشرة أسابيع فعال في زيادة مهارات التقليد لديهم .

وتشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن التدريب على التقليد ذو تأثيرات إيجابية في تحسين التفاعلات الاجتماعية واندماج الأفراد ذوي الإعاقة المزدوجة (Nind , 1996; Zeedyk , et al . 2009) .

فيعمل التقليد على خفض سلوك الإثارة الذاتية لدى ذوي الإعاقة المزدوجة . حيث يعتبر سلوك الإثارة الذاتية هدف اجتماعي مهم لدى هؤلاء الأفراد ، لأن الاندماج في التفاعلات الاجتماعية المناسبة مرتبط بخفض سلوك الإثارة الذاتية . وفي هذا المجال توصلت نتائج دراسة Ingersoll , et al . (2013) إلى فاعلية التدريب على التقليد في خفض سلوك الإثارة الذاتية وتنمية الاندماج المشترك Joint engagement لدى عينة من ذوي الإعاقة المزدوجة في المرحلة العمرية من ١٣ – ١٦ سنة .

وأشار Firth , et al . , (2008) إلى أن التدريب على التقليد مفيد مع الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة المزدوجة ، ولكن هناك انتقادات لاستخدام التدريب على التقليد مع الأفراد الراشدين لتلك الفئة .

ويعتمد مدخل التدريب على التقليد على العديد من الفنيات المستمدة من البحوث التي اعتمدت على التدخلات المرتكزة على تفاعلات الآباء مع الأبناء لتعزيز التفاعلات الاجتماعية المناسبة . مثل : التقليد الطارئ ، واستخدام اللغة البسيطة ، والتقليد العفوي للأشياء في سياق اللعب بالألعاب المفضلة مثل الكور ، والدمى ، والألعاب الحسية .

وتعتبر فنية القصة الاجتماعية من المداخل الاجتماعية الفعالة في تحسين السلوك الاجتماعي وخفض السلوك غير المرغوب لدى ذوي الإعاقة المزدوجة ، وقد استخدم كلاً من Reynhout and Carter (2007) القصة الاجتماعية في خفض السلوك التكراري لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة وذوي اضطراب التوحد ، وكانت فعالة في خفض السلوك التكراري "النقر بالأيدي" .

وتعتبر التدخلات الاجتماعية من المداخل المهمة والفعالة مع الأفراد ذوي الإعاقة المزدوجة ، وخاصة في تحسين السلوك الاجتماعي لديهم والتفاعل مع الآخرين ، حيث يعاني أولئك الأفراد من قصور في السلوك الاجتماعي .

ولاحظ Campbell (2003) وكذلك كلاً من Matson and Wilkins (2007) من خلال مراجعتهم للدراسات والبحوث السابقة لفئة الإعاقة المزدوجة أن أهداف العلاج لتلك الفئة تقع جميعها تحت مظلة المهارات الاجتماعية سواء فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي المناسب أو السلوك الاجتماعي غير المناسب ، فالمهارات الاجتماعية تشمل سلوكيات متنوعة ، مثل : زيادة الإنتاج اللفظي العام ، والابتسام للناس ، وزيادة التواصل البصري ، واستخدام تأكيد الذات المناسب . والجانب السلبي للمهارات الاجتماعية يتضمن سلوكيات التحدي ، والتجاوزات السلوكية الأخرى مثل السلوك النمطي والعدوان . فالتدريب على المهارات الاجتماعية وإكسابها وتعليمها لتلك الفئة عنصر مهم وجوهري لأنها تتداخل في كل مواقف التعلم ، وتعتمد على أكثر السلوكيات الاجتماعية المناسبة .

وتوصلت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى فاعلية بعض التدخلات العلاجية كمداخل علاجية مناسبة وفعالة مع الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة المزدوجة مثل فنيات التحليل السلوكي ، وإعادة التأهيل المعرفي ، والتدريب والمساندة ، والتدريب الوالدي (Reichow , et al .2013) .

وتوصلت نتائج دراسة Keen (2013) إلى أن التدريب على المهارات الحركية مفيد لدى ذوي الإعاقة المزدوجة في تحسين التوازن ، وتناسق العين واليد ، وزمن رد الفعل .

توظيف ذوي الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد) :

يحقق توظيف ذوي الإعاقات Disabilities العديد من المزايا ، وهناك إجماع بين الباحثين والمختصين على أن توظيف ذوي الإعاقات يحقق لهم العديد من الفوائد والمزايا ، ولا سيما فيما يتعلق بالصحة النفسية ، فيحقق التوظيف لهم قدراً من التوافق النفسي .

وتواجه قضية توظيف المعاقين العديد من الصعوبات ، لذلك ما زال توظيف المعاقين يجري بمعدل منخفض جداً على مستوى العالم ، وخاصة ذوي اضطرابات طيف التوحد ، فالغالبية العظمى منهم بدون عمل " عاطلين" . ويشير Engstrom et al . (2003) إلى أنه حتى ذوي الأداء المرتفع Highest Functioning منهم أقل من ٥٪ منهم يعملون . ويرى Beadle-Brown et al . (2005) أن عدم توظيف المعاقين على المدى الطويل يؤثر سلبياً عليهم وعلى أسرهم ، وعلى المجتمع . ويشير تقرير PCPID (2004) الصادر في ٢٠١٤ إلى أن أكثر من ٩٠٪ من المعاقين فكرياً لا يعملون "عاطلين" ، وأن الغالبية العظمي منهم ما زال في ورش العمل المحمية Sheltered Workshops . ويرى Kirby (1997) أن ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة لا يعملون على الإطلاق .

ويرجع فشل الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة الإعاقة المزدوجة إلى القصور في المهارات الاجتماعية والتواصل ، فقد يكون القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي عنصران رئيسيان في حالات الأوتيزم ، ومشكلة كبيرة لدى المعاقين فكرياً ، وهذا الجانب قد يعوقهم عن اكتساب المهارات المهنية وممارسة مهام الوظيفة في الحياة العملية .

وقد تزداد المشكلة تعقيدا خاصة إذا كان الشخص يجمع بين معايير الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد ، وبالرغم من كل الصعوبات التي تواجه الأفراد ذوي اضطراب التوحد أو ذوي الإعاقة الفكرية ، أو ذوي الإعاقة المزدوجة فلا نستطيع أن ننكر فوائد التوظيف لدى هذه الفئات سواء على المستوى الخاص بالنسبة للفرد نفسه أو لأسرته أو على مستوى المجتمع ، كما أن هذا حق لهم تكفله القوانين والمواثيق الدولية .

فهناك العديد من الباحثين والمختصين الذين اهتموا بتدريب هذه الفئات على المهارات المهنية اللازمة والتي تمكنهم من اكتساب المهام والمهارات والمعارف الوظيفية . فيرى (2006) . Wehmeyer et al أن البحوث الحديثة توصلت إلى أن التكنولوجيا الحديثة تمكنهم من اكتساب المهارات الوظيفية المناسبة وتؤهلهم للحياة العملية بشكل أكثر إيجابية .

وتشير البحوث إلى إمكانية استخدام النمذجة باستخدام الفيديو والتلقينات السمعية في تدريب تلك الفئات على اكتساب المهارات المهنية ، ودعم تلك المهارات في أماكن العمل وما قبل العمل (Steed & Lutzker , 1999) . وتمكن Allen , et al (2012). من تدريب ذوي الإعاقة المزدوجة الراشدين على اكتساب المهارات المهنية باستخدام التلقين السمعي ، وكان التلقين السمعي أفضل من النمذجة باستخدام الفيديو في إكسابهم المهارات المهنية .

المراجع

إ . م . كولنز (١٩٩٢) . المدخل إلى علم النفس المرضي والإكلينيكي . ترجمة : حسن علي حسن . القاهرة : دار المعرفة الجامعية .

إبراهيم سعد أبو نيان (٢٠٠١) . صعوبات التعلم – طرق التدريس والاستراتيجيات المعرفية . الرياض : أكاديمية التربية الخاصة .

إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (٢٠٠٥) . اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج) . الأردن -عمان دار الفكر العربي .

إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (٢٠٠٩) . التدخل المبكر النماذج والإجراءات . الأردن : عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .

أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣) . تربية المتخلفين عقلياً . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

أحمد السعيد يونس ، ومصري عبد الحميد حنورة (١٩٩١) . رعاية الطفل المعوق طبياً ونفسياً واجتماعياً . القاهرة : دار الفكر العربي .

أحمد ذكي صالح (١٩٧٢) . علم النفس التربوي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

أحمد عايد سالم السناني (٢٠١٨) . فاعلية برنامج سلوكي في تعديل اضطرابات النطق لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي للدراسات العليا ، الرياض .

أحمد عبد الخالق (١٩٩١) . قياس الاكتئاب ، مقارنة بين أربعة مقاييس . مجلة دراسات نفسية (تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسين) ، ١ ، ٧٩ – ٩٦.

أحمد عزت راجح (١٩٨٥) . أصول علم النفس . ط١٢. الإسكندرية : دار المعارف .

أحمد عكاشة (٢٠٠٣) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠٠٩) . مدى فاعلية برنامج إرشادي (للأمهات) لخفض قلق الانفصال عن الأم لدي أطفالهن . مجلة دراسات تربوية واجتماعية ، كلية التربية ، جامعة حلوان ، ١٥ ، ٢ ، ٧٩ – ١٠٦.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٠) . طيب الحياة النفسية لدى آباء الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقتها بالضغوط النفسية . المؤتمر العلمي السابع "جودة الحياة النفسية؛ كاستثمار للعوم التربوية والنفسية" في الفترة من ١٣ - ١٤ إبريل ٢٠١٠ ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ . مجلد المؤتمر ، ٥٢٩ - ٥٨٢ .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١١) . اضطراب قلق الانفصال عن الأم . القاهرة : مكتبة العلم والإيمان .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١١) . بحوث في الصحة النفسية والتربية الخاصة (الجزء الأول) . القاهرة : مكتبة العلم والإيمان .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١١) . دليل الوالدين لخفض اضطرابات السلوك الفوضوي للأطفال المتخلفين عقلياً . القاهرة : مكتبة العلم والإيمان .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . الصحة النفسية (العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة) . جدة : خوارزم .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين . المؤتمر السنوي الثامن والعشرون لعلم النفس في مصر التاسع عشر العربي الذي تنظمه الجمعية المصرية للدراسات النفسية تحت رعاية شيوخ علم النفس في مصر والوطن العربي في الفترة من ٧-٨ مايو . ٢٢ ، ٧٤ ، ٢٥ - ٦٨ .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . مدخل إلى تربية وتعليم المعاقين عقلياً . جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، عمادة البحث العلمي .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً المعايير المصرية والسعودية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . مقياس تقدير قلق الانفصال عن الأم لأطفال المرحلة العمرية من ٦-١٢ سنة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . مقياس طيب الحياة النفسية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٤) . دراسة حالة لذوي الاحتياجات الخاصة . ط٤ ، الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٤) . فاعلية التدريب التوكيدي في تنمية قدرة ضحايا التنمر ذوي صعوبات التعلم على مقاومة سلوك التنمر . مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ١٥٦ ، ١ ، ١٣ - ٥٤.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٦) . تحليل وتعديل السلوك . الرياض : الناشر الدولي .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٧) . فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب . مجلة الارشاد النفسي ،٥١(١) ،١-٦٨.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٧) . فاعلية برنامج إرشادي في تحسين المرونة النفسية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم . مجلة التربية الخاصة ، ١٨(٢) ، ٢٢٨- ٢٩٨.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، أحمد عبد الرحمن عثمان (٢٠١٤) . فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية مهارات تأكيد الذات لدى المراهقين المتخلفين عقلياً وأثره على بعض المتغيرات النفسية . مجلة التربية الخاصة ، كلية التربية بجامعة الزقازيق ، ٦ ، ٦٠ - ١٠١.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، جابر محمد عبد الله عيسى (٢٠١١) . الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى معلمي التربية الخاصة بمحافظة الطائف . الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ٢١ ، ٧٠ ، ٤١ - ٨٥.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، جابر محمد عبد الله عيسى (٢٠١٣) . فاعلية برنامج سلوكي معرفي لتنمية القدرة على إدراك تعبيرات الوجه الانفعالية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وأثره على سلوكهم التكيفي . مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ١٥٦ ، ١ ، ١٣ - ٥٤.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، عبير أحمد أبو الوفا (٢٠١١) . فاعلية العلاج الجماعي باللعب في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . المؤتمر السنوي السابع والعشرون لعلم النفس في مصر التاسع عشر العربي الذي

تنظمه الجمعية المصرية للدراسات النفسية تحت رعاية شيوخ علم النفس في مصر والوطن العربي في الفترة من ٧-٨ مايو . ٢١ ، ٧١ ، ٧٣ - ١٢٢ .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٣) . المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٥) . اضطرابات السلوك الفوضوي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٥) . متلازمات الإعاقة الفكرية " رؤية حديثة" . الرياض : مكتبة الزهراء .

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، وجابر محمد عبد الله عيسى (٢٠١٢) . العنف الأسري كما يدركه الأبناء الصم وعلاقته بكل من الجنوح الكامن والتوافق النفسي لديهم . مجلة كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، ٢ ، ١٢ ، ٢٤٩ - ٣٢٨.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، وهبة جابر عبد الحميد (٢٠١٦) . فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد . مجلة التربية الخاصة ، ١٤ ، ١١٤ - ١٧٤.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد ، ياسر عبد الله حفني (٢٠٠٩) . مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال الصم . مجلة دراسات تربوية واجتماعية ، كلية التربية ، جامعة حلوان ، ١٥ ، ٤ ، ٨٧ - ١٤١.

أشرف أحمد عبد القادر (١٩٩١) . تأثير التواصل غير اللفظي للمعلم - كما يدركه التلاميذ - على تحصيلهم الدراسي ، بحث منشور ، كلية التربية ببنها ، جامعة الزقازيق .

أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٤) . سيكولوجية التفوق والتخلف العقلي . ط١. بنها : مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر .

أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٥) . تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة ، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة بمدينة الرياضة بالمملكة العربية السعودية ، بالاشتراك مع مكتب التربية العربي بدول الخليج في الفترة من ١٢-١٤ فبراير .

آمال عبد السميع أباظة (٢٠٠٣) . اضطرابات التواصل وعلاجها . القاهرة : الأنجلو المصرية .

آمال عبد السميع أباظة (٢٠٠٤) . الاغتراب وعلاقته بالسلوك العدواني والعدائي لدى الشباب من طلاب وطالبات الجامعة " دراسة سيكومترية إكلينيكية " ، المؤتمر السنوي الحادي عشر ، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس في الفترة من ٢٥-٢٧ ديسمبر ، ١-٤٢.

آمال عبد القادر جودة (٢٠٠٥) . الوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال في محافظة غزة . المؤتمر التربوي الثاني "الطفل الفلسطيني بين التحديات الواقع وطموحات المستقبل" . كلية التربية الجامعة الإسلامية بفلسطين ، في الفترة من ٢٢ -٢٣ نوفمبر .

أماني سعود محمد العبيدي (٢٠١٦) . فاعلية برنامج مقترح في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

أمل معوض الهجرسي (٢٠٠٢) . تربية الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : دار الفكر العربي .

أميرة طه بخش (٢٠٠١) . فاعلية برنامج تدريبي مقترح لأداء بعض الأنشطة المتنوعة على تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، مجلة مركز البحوث التربوية (تصدر عن جامعة قطر) ، ١٩ ، ١٠ ، ٢١٧ - ٢٤١ .

انتصار يونس (١٩٩٣) . السلوك الإنساني . القاهرة : دار المعارف .

أنطوني ستور (١٩٩١) . فن العلاج النفسي . ترجمة : لطفي فطيم . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

بشير معمرية (٢٠٠٠) . مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين . مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة العامة للكتاب) ، ٥٣ ، ١٢٢-١٤٧.

بوشيل ، وايدانمان ، سكولا ، بيرنر (٢٠٠٤) : الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة ، الكتاب المرجعي لأباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . ترجمة : كريمان بدير ، القاهرة : عالم الكتب .

جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٤) . الذكاء ومقاييسه . القاهرة : دار النهضة المصرية .

جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٦) . معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الثامن . القاهرة : دار النهضة العربية .

جابر عبد الحميد ، جابر ، وعلاء كفافي (١٩٩٣) . معجم علم النفس والطب النفسي . ج٦ . القاهرة : دار النهضة العربية .

جابر محمد عبد الله عيسى ، أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠١٢) . أنماط اللعب مع الأقران والطلاقة اللفظية كمنبئات بالقدرات الابتكارية لدى أطفال الروضة الموهوبين والعاديين . دراسات عربية في التربية وعلم النفس ، مجلة إقليمية محكمة ، رابطة التربويين العرب ، ٢٥ ، الجزء الأول ، ٨١ - ١٣٤.

جابر محمد عبد الله عيسى ، أحمد محمد جاد الرب أبو زيد وآخرون (٢٠١٠) . أثر الدمج على كل من اتجاهات المعلمين وتلاميذهم العاديين نحو المعوقين والتوافق الاجتماعي للتلاميذ المعوقين . مجلة كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، ٥ ، ١٠ ، ٣٥٣ - ٤٤٤.

جمال الخطيب (١٩٩٣) . تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين . الأردن : دار إشراق للنشر والتوزيع .

جمال مثقال القاسم وآخرون (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع .

جمعة سيد يوسف (١٩٩٠) . سيكولوجية اللغة والمرض العقلي . سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، المجلس القومي للثقافة والعلوم والآداب ، العدد ١٤٥ .

جمعة سيد يوسف (١٩٩٧) . سيكولوجية اللغة والمرض العقلي . القاهرة : دار غريب .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار الغريب .

جميل الصمادي (٢٠٠٧) . التوحد (في : مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة) . عمان : دار الفكر ناشرون وموزعون .

جيتس . ي ج . ، وريتشارد ل . ك . ، وكروسن . ج . ك . (١٩٩٤) . التدريس الابتكاري لذوي التخلف العقلي . ترجمة : كمال سالم سيسالم . القاهرة : النهضة المصرية .

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط٣. القاهرة : عالم الكتب .

حمدان أحمد الغامدي ، نور الدين محمد عبد الجواد (٢٠٠٥) . تطور نظام التعليم في المملكة العربية السعودية . ط ٢. الرياض : مكتبة الرشد .

حمدي أبو الفتوح عطيفة (١٩٨٧) . تعليم المعاقين في مصر : واقعه ومشكلاته – مقترحات لزيادة فعاليته ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ٨ ، ٤ ، ٢٠٣ – ٢٣١.

حمدي علي الفرماوي (٢٠٠٦) . نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب موجهات تشخيصية وعلاجية وأسرية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

حنان حسن نشأت (١٩٩٤) . أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي . " دراسة تجريبية " ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، عين شمس .

خالد إبراهيم الفخراني (١٩٩٥) . التآزر البصري – الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه . المؤتمر الدولي الثاني "لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس" ، ٢٥ – ٢٧ ديسمبر ، ٢٣٦ – ٢٥٤.

خديجة طلال الأحمدي (٢٠١٦) . فاعلية العلاج باللعب في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى ذوات الإعاقة الفكرية البسيطة . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

خولة أحمد يحيى ، وماجدة السيد عبيد (٢٠٠٥) . الإعاقة العقلية . عمان (الأردن) : دار وائل للنشر والتوزيع .

ربيع شعبان ، محسن محمد (٢٠٠١) . البنية العاملية لفعالية الذات في ضوء وجهة الضبط والاتجاه نحو مهنة التدريس لدى المعلمين بالمملكة العربية السعودية . مجلة علم النفس المعاصر (تصدر عن كلية التربية بجامعة المنيا) ، ١٢ ، ٢ ، ١٠٧-١٧٦.

رجب علي شعبان محمد (٢٠٠٣) . التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لطلاب الجامعة . مجلة الإرشاد النفسي (تصدر عن مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس) ، ١٧ ، ١٥٥-٢١٥.

رشاد علي عبد العزيز (٢٠٠٨) . علم نفس الإعاقة . ط١. القاهرة : الأنجلو المصرية .

رشاد علي عبد العزيز موسى (٢٠٠٠) : الصحة النفسية ، ط١ ، القاهرة : دار النهضة العربية .

رشاد علي موسى ، ومديحة منصور الدسوقي (٢٠٠٠) . المشكلات والصحة النفسية . القاهرة : الفاروق الحديثة للطباعة والنشر .

رمضان محمد القذافي (١٩٨٨) . سيكولوجية الإعاقة . ليبيا : الدار العربية للكتاب .

روبرت واطسون ، وهنري كلاي ليندرجين (٢٠٠٤) . سيكولوجية الطفولة والمراهقة . ترجمة : داليا عزت مؤمن . القاهرة : مكتبة مدبولي .

زهير الكرمي (١٩٧٨) . العلم ومشكلات الإنسان المعاصر . سلسلة عالم المعرفة ، الكويت .

زيدان أحمد السرطاوي ، وكمال سالم سيسالم (١٩٨٧) : المعاقون أكاديمياً وسلوكياً ، خصائصهم وأساليب تربيتهم . الرياض : دار عالم الكتب للنشر والتوزيع .

زينب محمود شقير (٢٠٠٠) . سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين (الخصائص – صعوبات التعلم – التعليم – التأهيل – الدمج) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

زينب محمود شقير (١٩٩٩) . سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين (الخصائص – صعوبات التعلم – التعليم – التأهيل – الدمج) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

زينب محمود شقير (٢٠٠٢ – ب) . الشخصية السوية والمضطربة ، ط ٣ . القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

زينب محمود شقير (٢٠٠٢) . الشخصية السوية والمضطربة ، ط ٣ . القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

زينب محمود شقير (٢٠٠٢) . خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة : الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

سارة داود العتيق (٢٠١٨) . فاعلية التدريب المعرفي في تحسين الوظائف التنفذية لدى ذوات الإعاقة الفكرية المتوسطة . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي للدراسات العليا .

سارة نيومان (٢٠٠٣) : ألعاب وأنشطة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة (خطوات قليلة للأمام) . ترجمة خالد عبد الرازق السيد ، القاهرة : النهضة العربية .

سعد جلال (١٩٨٥) . الطفولة والمراهقة . القاهرة : دار الفكر العربي .

سعدية بهادر (١٩٨٧) . برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة بين النظرية والتطبيق . القاهرة : النصر لخدمات الطباعة والنشر ، (سيسكو) .

سعدية محمد علي بهادر (١٩٩٤) . المرجع في برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة . القاهرة : مطبعة المدني .

سعيد بن عبد الله إبراهيم دبيس ، والسيد إبراهيم السمادوني (١٩٩٨) . فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم . مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب) ، ٤٦ ، ١٢ ، ٨٨ - ١٢١.

سعيد بن عبد الله دبيس (١٩٩٩) . مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة ، مجلة مركز البحوث التربوية (يصدرها مركز البحوث التربوية) ، جامعة قطر ، قطر ، ١٥ ، ٨ ، ٧٣ - ١٠٦.

سعيد حسني العزة (٢٠٠١) . التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية . عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع .

سليمان الريحاني (١٩٨١) . التخلف العقلي . عمان : المطبعة الأردنية .

سهى أحمد أمين (١٩٩٩) : المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال والتشخيص والعلاج . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .

سهير الصباح (١٩٩٣) . الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين - دراسة استطلاعية . رسالة ماجستير ، عمان ، الجامعة الأردنية .

سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠٢) . التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

سيد خير الله ، ولطفي بركات أحمد (١٩٦٧) . سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته (دراسات نفسية تربوية اجتماعية للأطفال غير العاديين) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

السيد عبد النبي السيد (٢٠٠٤) . الأنشطة التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

السيد على السيد أحمد وفائقة محمد بدر (١٩٩٩) . اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، أسبابه وتشخيصه وعلاجه . القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

السيد كامل الشربيني (٢٠٠٨) . التخلف العقلي "التصنيف - الأسباب - التشخيص - الخصائص ." المملكة العربية السعودية : خوارزم العلمية للنشر والتوزيع .

شارلز شيفر ، وهوارد ميلمان (١٩٨٩) . مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها . ترجمة نسيمة داود ونزيه حمدي . عمان - الأردن : منشورات الجامعة الأردنية .

شاكر عطية قنديل (١٩٨١) . تربية الأطفال المعوقين انفعالياً والمشكلين سلوكياً . مجلة كلية التربية بالمنصورة ، ٤ ، ١ .

صبحي عطا الله سيف (١٩٨٢) . المعوقون ، حقوقهم وجهود وزارة التربية والتعليم في رعايتهم . ندوة الطفل المعوق في الفترة من ٣١ يناير - ٤ فبراير ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٥٧ - ٧٧.

صفوت فرج (١٩٩٢) . التخلف العقلي : الوضع الراهن وآفاق المستقبل . مجلة دراسات نفسية : ٢ ، ٣ ، ٤١٧ - ٤٣٦.

صفوت فرج (٢٠٠٢) . طرق تحسين التعلم والسلوك . القاهرة . مركز كريتاس سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية .

صفية فتح الباب أمين ومعتز سيد عبد الله (٢٠١٠) . فعالية برنامج لتنمية مهارات التحدث والاستماع لزيادة الرضا عن الصداقة لدى عينة من طالبات جامعة جنوب الوادي . دراسات عربية في علم النفس ، رابطة الأخصائيين النفسين المصرية ، ٩ ، ٢ ، ٢١١ -٢٦٩.

صلاح الدين السرسي (١٩٩٨) . المشاكل النفسية للطفل المعاق . سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري ، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل التعامل معهم ورعايتهم ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس ، نوفمبر ، ١٩٥ - ١٦٨ .

طارق عبد الرؤف عامر ، وربيع عبد الرؤف محمد (٢٠٠٨) . الإعاقة العقلية . سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة . القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع .

طريف شوقي (١٩٩٩) . علم النفس الاجتماعي – دراسة تطبيقية . القاهرة : دار الفكر العربي .

عادل أحمد عز الدين الأشول (١٩٨٧) . موسوعة التربية الخاصة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) . فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدواني ، المؤتمر السنوي الثامن عشر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، المنصورة من ٤ : ٦ فبراير .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) . الإعاقات العقلية . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد وسليمان محمد سليمان (٢٠٠٥) . المهارات الاجتماعية لأطفال الروضة ذوي قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم . المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات) ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢٥ – ٢٧ ديسمبر ٤٠٥ – ٤٤٣ .

عايدة عباس أبو غريب (٢٠٠٨) . العقد العربي للمعاقين وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة . ورقة عمل ضمن أعمال المؤتمر العلمي التاسع " تطوير التعليم في الوطن العربي – الواقع والمأمول " ١٤ – ١٥ أكتوبر ، ٢٠٠٨ ، كلية التربية ، جامعة الفيوم .

عباس محمود عوض (١٩٨٠) . مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

عبد الباسط متولي خضر ونجوي شعبان محمد (١٩٩٩) . النموذج السببي للعلاقة بين الخجل والاكتئاب والشعور بالوحدة واضطراب القلق المعمم لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة . مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة العدد ، ٤٠ ، ٩٣-١٥٠.

عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧) . سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية . بيروت – لبنان : دار الراتب الجامعية .

عبد الرحمن النقيب (١٩٨٤) . فلسفة التربية عند ابن سينا . القاهرة : المكتبة العربية للدراسات التربوية .

عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٨) . سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) . سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة ، الجزء الثالث ، الخصائص والسمات . القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩) .الطفل التوحدي الذاتوي- الاجتراري القياس والتشخيص الفارق . المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، في الفترة من ١٠-١٢ نوفمبر ، ٢٢٢- ٢٤٠.

عبد الرقيب أحمد إبراهيم البحيري (٢٠٠٤) . نموذج مقترح لدمج المتخلفين عقلياً ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية مع العاديين . المؤتمر السنوي الحادي عشر ، مركز الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس ، الشباب من أجل مستقبل أفضل "الإرشاد النفسي وتحديات التنمية" ٢٥ – ٢٧ ديسمبر ، ٨٩٩ – ٩١٧.

عبد الرقيب أحمد إبراهيم البحيري (٢٠٠٥) . نماذج تربية وقت الفراغ لدى الأفراد ذوي التخلف العقلي . المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر من ١٣ – ١٤ مارس "التربية آفاق جديدة في تعليم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة – المعاقون والموهوبون في الوطن العربي . كلية التربية ، جامعة حلوان ، ٣٥٥ – ٣٨٤.

عبد الرقيب أحمد إبراهيم البحيري ، وعفاف محمد محمود عجلان (١٩٩٧) . مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم . كراسة التعليمات . القاهرة : دار النهضة العربية .

عبد العزيز السرطاوي ، وعبد العزيز حسن أيوب (٢٠٠٠) . الإعاقة العقلية . الإمارات العربية المتحدة . العين : مكتبة الفلاح .

عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٨) . مقياس السلوك التكيفي للأطفال المعايير المصرية والسعودية . دليل المقياس . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدمياطي (١٩٩٢) . قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العظيم شحاتة مرسي (١٩٩١) . التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً . القاهرة : دار النهضة العربية .

عبد اللطيف موسى عثمان (١٩٨٥) . أسرار المخ والأعصاب . كتاب اليوم الطبي . القاهرة : دار الفكر العربي .

عبد الله عبد الدايم (١٩٨٧) . التربية عبر التاريخ من العصور القديمة حتى أوائل القرن العشرين . بيروت : دار العلم للملايين .

عبد الله محمد الوابلي (٢٠٠٣) . طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية . مجلة الإرشاد النفسي (تصدر عن مركز الإرشاد النفسي) ، ١٦ ، ٥٣ - ٨٩.

عبد الله محمد عبد الرحمن (١٩٩٤) . سياسات الرعاية الاجتماعية للمعاقين في المجتمعات النامية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

عبد الله محمد عبد الرحمن (١٩٩٥) . سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧) . تنمية الأطفال المعاقين . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) : مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥ أ) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم . ط ٤. القاهرة : دار الفكر العربي .

عبد المنعم أحمد الدردير ، وجابر محمد عبد الله (١٩٩٩) . الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال المعوقين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية . مجلة كلية التربية (تصدر عن جامعة عين شمس) ، ٢٣ ، ٣ ، ٩- ٥٨ .

عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٧) . اضطرابات النطق والكلام . الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

عبير أحمد أبو الوفا ، أحمد محمد جاد الرب أبو زيد وآخرون (٢٠١١) . الصلابة النفسية وعلاقتها بكل من عمليات تحمل الضغوط والرضا عن الحياة لدى معلمي التربية الخاصة . مجلة كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، ٥ ، ١١ ، ٢٧٥ - ٣٣٢.

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) . الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة (تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي) . القاهرة : المجلس العربي للطفولة والتنمية .

عصام عبد اللطيف العقاد (٢٠٠١) . سيكولوجية العدوانية وترويضها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر .

عفاف الشيباني (٢٠١٦) .الوظائف التنفيذية لدى ذوي الإعاقة الفكرية مقارنة بالعاديين . مشروع تخرج ، كلية الشرق العربي للدراسات العليا .

العقد العربي لذوي الاحتياجات الخاصة ٢٠٠٣ / ٢٠١٣ (٢٠٠٨) . ضمن أعمال المؤتمر العام الثالث للمنظمة العربية للمعاقين : نحو وحدة إقليمية لمتابعة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والعقد العربي للمعاقين ٧- ٩ أكتوبر ٢٠٠٨ . القاهرة : جامعة الدول العربية .

علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) . التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها . سلسلة الإرشاد والتوجيه في مجالات إعاقة الطفولة . الكتيب الثاني . القاهرة : مطابع الطوبجي التجارية .

علا عبد الباقي إبراهيم (٢٠٠٠) . الإعاقة العقلية والتعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : عالم الكتب .

علاء الدين كفافي (١٩٩٠) . الصحة النفسية . القاهرة : مكتبة هاجر للطباعة والنشر .

علي السيد خضر (١٩٩٤) . الفروق بين الجنسين في الخجل وبعض خصائص الشخصية الأخرى في المرحلتين المتوسطة والثانوية . مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، بجامعة عين شمس ٢٠٥-٢٣٧.

عمر عبد الرحيم نصر الله (٢٠٠٢) . الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع . عمان : دار وائل للنشر والتوزيع .

عهد سيف السهلي (٢٠١٨) . فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك النمطي لدى ذوات الإعاقة الفكرية . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

عوض الردادي (١٩٩٨) . برامج وأنشطة الشئون الاجتماعية لرعاية وتأهيل المعوقين بالمملكة العربية السعودية . بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع ، اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ذوو الاحتياجات الخاصة والقرن العشرين في الوطن العربي في الفترة من ٨ - ١٠ ديسمبر ، القاهرة ، المجلد الأول ، ٦٥ - ٨٦ .

غدى بنت علي بن صالح الزهراني (٢٠١٨) . فاعلية برنامج تدخل مبكر في تحسين مهارات التقليد لدى ذوي الإعاقة المزدوجة (الإعاقة الفكرية والتوحد) . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٥) . مقياس توكيد الذات : التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير . ط ٢ . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

فاروق الروسان (٢٠٠١) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين . ط٥ . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق الروسان (١٩٩٨) . قضايا ومشكلات في التربية الخاصة . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق الروسان (١٩٩٩) . مقدمة في الإعاقة العقلية : مقدمة في التربية الخاصة . ط٥ عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق الروسان (٢٠٠٠) . أثر متغيري العمر العقلي والزمني في الأداء على مقياس مهارات الكتابة ، دراسة على طلبة عاديين ومعوقين عقلياً في الأردن . في فاروق الروسان دراسات وبحوث في التربية الخاصة ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق الروسان (٢٠٠٧) . الإعاقة العقلية . في : تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة . جمال الخطيب وآخرون . عمان : دار الفكر العربي .

فاروق الروسان (٢٠١٠) . مقدمة في الإعاقة العقلية . عمان - الأردن : دار الفكر العربي .

فاروق الروسان ، وأرو العامري (٢٠٠٠) . تطوير صورة أردنية لمقياس مهارات القراءة للمعوقين عقلياً . في فاروق الروسان دراسات وبحوث في التربية الخاصة . عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق الروسان ، وجلال جرار (٢٠٠٠) . دلالات الصدق والثبات لصورة أردنية معدلة من مقياس جامعة متشجان للمهارات اللغوية للمعوقين عقلياً . في فاروق الروسان دراسات وبحوث في التربية الخاصة . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

فاروق محمد صادق (١٩٧٩) . سيكولوجية التخلف العقلي . الرياض : جامعة الملك فيصل .

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨٢) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة . الجزء الثاني . الكويت : دار القلم .

فتحي السيد عبد الرحيم ، وحليم السعيد بشاي (١٩٨٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة . الجزء الأول . الكويت : دار القلم .

فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . الكويت : دار سعاد الصباح .

فؤاد أبو حطب ، وحامد زهران ، وآمال صادق ، وعلي خضر ، وعواطف زمزمي ، ومحمد جميل يوسف ، وإلهام وقاد ، وعبد الله عبد الحي موسى ، ويوسف محمود ، وفائقة بدر (١٩٧٩) . تقنين اختبار رسم الرجل على البيئة السعودية "المنطقة الغربية" . مركز البحوث التربوية والنفسية ، كلية التربية ، جامعة الملك عبد العزيز .

فؤاد البهي السيد (١٩٧٢) . الذكاء . القاهرة : دار الفكر العربي .

فؤاد البهي السيد (١٩٨١) . علم النفس الاجتماعي . ط٢. القاهرة : دار الفكر العربي .

فوزي محمد جبل (٢٠٠٠) . الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية . الإسكندرية : المكتبة الجامعية .

فوقية حسن رضوان (٢٠٠٣) . دراسات في الاضطرابات النفسية . القاهرة : دار الكتاب الحديث .

كازونهيرا ، وراي فوستر ، وماكس شلهاس ، وهنري ليلاند (١٩٧٥) . مقياس السلوك التوافقي . ترجمة وتقنين : صفوت فرج ، وناهد رمزي ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

كريستين مايلز (١٩٩٤) : التربية المختصة ، دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً ، ترجمة غفيف الرزاز وآخرون ، بيروت ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع

كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩) . مرجع في علم التخلف العقلي . طبعة ٢ . القاهرة : دار النشر للجامعات .

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢) : موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات . لعلاجها . القاهرة .

لطفي بركات أحمد (١٩٨١ أ) . تربية المعوقين في الوطن العربي . بمناسبة العام الدولي للمعاقين . الرياض : المريخ .

لطفي بركات أحمد (١٩٨١ ب) . دراسات تربوية ونفسية في الوطن العربي . الرياض : دار المريخ .

لويس كامل مليكة (١٩٩٨) . الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية . القاهرة : دار النهضة العربية .

لويس كامل مليكة (١٩٩٨) . تعديل سلوك المعاقين عقليا ، دليل الوالدين والمعلمين . القاهرة : مطبعة فيكتور كيرلس غالي .

ماجد السيد علي عمارة (٢٠٠٥) . إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (٢٠٠٧) . الإعاقة العقلية . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع .

ماهر محمود عمر (٢٠٠٧) . التعامل مع الصدمات النفسية . القاهرة : دار الكتب .
مايسة أحمد النيال (١٩٩٣) . بناء مقياس الوحدة النفسية ومدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر . مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة العامة للكتاب القاهرة) ، العدد السادس والعشرون ، ١٠٢-١١٥.
مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨) . دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية) ، ٨٨ ، ٢٠ ، ١٥٨ - ٢٠٠.
محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩) . تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : دار الفكر العربي .
محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) . فاعلية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في علاج الخجل والشعور بالذات (في دراسات في الصحة النفسية) . الجزء الثاني . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي (٢٠٠٣) . تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية ، دليل الآباء والمعالجين . القاهرة ، دار الفكر العربي .
محمد حامد إمبابي مراد (٢٠٠١) . منهج الإسلام في رعاية المعوقين . مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ٩٨ ، ١٩٥ - ٢٥٣.
محمد عبد الله الصوفي (٢٠٠٠) . المشكلات السلوكية لدى المعاقين في معهد الشهيد فضل الحلالي بصنعاء . مجلة الباحث الجامعي ، ٢ ، ١٢٢-١٣٤.
محمد عبد المؤمن (١٩٨٦) . سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم . الإسكندرية : دار الفكر الجامعي .
محمد علي كامل (٢٠٠٣) . أخصائي التخاطب ومواجهة اللغة عند الأطفال ، القاهرة : النهضة المصرية .
محمد علي كامل (٢٠٠٣) . أخصائي النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات النطق عند الأطفال .

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧) . التخلف العقلي : الأسباب ، التشخيص ، البرامج . القاهرة : مكتبة غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) . الطب النفسي ، الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج . القاهرة : المطبعة الطبية .

مصطفى فهمي (١٩٦٥) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين .القاهرة : دار مصر .

مصطفى فهمي (د .ت) . اختبار رسم الرجل : تطبيقه وتقنينه على بيئة ريفية مصرية . القاهرة : دار مصر للطباعة .

مصطفى فهمي (١٩٨٠) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين . القاهرة : مكتبة مصر .

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض -ICD) (10 تصنيف الاضطرابات النفسية السلوكية . أشرف على الترجمة أحمد عكاشة . الإسكندرية : المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط .

المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (١٩٨٢) . أوضاع التربية الخاصة في الوطن العربي . المجلة العربية للتربية ، إدارة التربية ، ١ ، ١٢٥ – ١٥٤.

منى حسين الدهان (٢٠٠١) . الوحدة النفسية لدى الطفل العادي والمتخلف عقليًا والأصم . دراسات نفسية (تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسين المصرية) ، ١١ ، ١ ، ٩٧ -١٢٦.

منير حسن جمال ، والسيد كامل الشربيني (٢٠٠٤) . الفروق التجهيزية في الانتباه الانتقائي والموزع ومكونات الذاكرة العاملة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً والعاديين "مدخل تشخيصي" . مجلة المنهج العلمي والسلوك ، ٣ ، ١٨٩- ٢٧٣.

ميسوري راشد تركي الحربي (٢٠١٧) . فاعلية القصة الاجتماعية في تحسين مهارات الاستماع لدى التلميذات ذوات الإعاقة الفكرية البسيطة . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

نادر فهمي الزيود (١٩٩١) . تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً . ط ٢ . عمان – الأردن : دار الفكر للنشر والتوزيع .

نادر فهمي الزيود (٢٠٠٠) . تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً . طبعة ٤ . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

نائل محمد عبد الرحمن أخرس (٢٠٠٧) . الصحة النفسية "مدخل" . الرياض : مكتبة الرشد ناشرون .

نبيل عبد الفتاح حافظ (١٩٩٨) . صعوبات التعلم والتعليم العلاجي . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

نهى يوسف اللحامي (٢٠٠٢) . مدى فاعلية الدمج على نمو المهارات اللغوية لدى ذوي التخلف العقلي البسيط . المؤتمر القومي الثامن لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين ، معاً على طريق الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي . في الفترة من (٢١-٢٤) أكتوبر ٢٠٠٢.

نورة عبد المحسن السهلي (٢٠١٦) . فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تحسين مهارات السلوك التوكيدي لدى التلميذات ذوات الإعاقة الفكرية البسيطة . رسالة ماجستير ، كلية الشرق العربي ، الرياض .

هدى الناشف (٢٠٠٥) . رياض الأطفال . ط ٥ . القاهرة : دار الفكر العربي .

هشام الخولى ، وبندق عبد الخالق (١٩٩٣) . استبيان عدم الاتزان الانفعالي – التوافق . مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، فرع بنها .

هشام عبد الله (١٩٩٥) . المساند الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين ، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس .

وزارة التربية والتعليم وحدة التخطيط والمتابعة مشروع تحسين التعليم الثانوي (٢٠٠٩) . برنامج تدريب معلمي المرحلة الثانوية على دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم الطلبة العاديين في مدارس التعليم العام . المادة التدريبية : القاهرة .

يوسف محمود الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار (١٩٨٥) . سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة . القاهرة : دار النهضة العربية .

المراجع الأجنبية

Abel, E. L. & Sokol, R. J. (1987). Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies: Drug alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. Drug and Alcohol Dependency, 19, (1), 51–70.

Adriana, D.; Susana, T.; Maria, C.; Duarte, Danilo, D.; Maria, S.; et al. (2008). Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists. the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry, 28, 3, 116-119.

Ahmad, N.; Joshi, H.; Bano, R. &Phalke, D. (2010). Study of health status and etiological factors of mentally challenged children in a school for mentally challenged in rural Maharashtra. Internet Journal of Medical Update 2010 July;5(2):21-25

Allen, K.D.; Burke, R. V.;Howard, M. R.Wallace, D. P. & Bowen, S. L. (2012). Use of Audio Cuing to Expand Employment Opportunities for Adolescents with Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disabilities. Autism Dev Disord, 42, 2410–2419, DOI 10.1007/s10803-012-1519-7.

Amadó, A.; Serrat, E. &Vallès-Majoral, E. (2016). The Role of Executive Functions in Social Cognition among Children with Down Syndrome: Relationship Patterns.Frontiers in psychology, 7,1363.

American Academy of Pediatrics (2001). Health care supervision for children with Williams syndrome. Pediatrics, 107, (5), 1192–2004.

American Academy of Pediatrics Committee on Genetics (February 2001). "American Academy of Pediatrics: Health supervision for children with Down syndrome". Pediatrics 107 (2): 442–49.

American Association On Mental Retardation (1992). Mental Retardation , Definition, Classification And Systems Of Supports. Washington, DC : American On Mental Retardation.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder . 4th ed .(D.S.M.-IV) – Washing –Ton ,D.C.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association"APA" (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV Washington, DC.

Anderlid BM, Schoumans J, Anneren G, Tapia-Paez I, Dumanski J, Blennow E, Nordenskjold M. FISH-mapping of a 100-kb terminal 22q13 deletion. Hum Genet. 2002;110:439–43.

Anderson, R. A. (2005). Depression in the Mentally Retarded : What do MSW students know?. Master. Brigham Yong University.

André, M.; Rima, S.; Gudrun, N.; Inga, E.; Peter, N.; et al. (2009). A novel VPS13B mutation in two brothers with Cohen syndrome, cutis verticis gyrata and sensorineural deafness. European Journal of Human Genetics, EJHG 17, 8, 1076-1079.

Andreas, l.; Mervis, c. & Berman, k. (May 2006). Neural mechanisms in Williams. Nature, 7, (5),

Andreia, s.; Andreas, m. & Christine, d. (2010). Absence of racial, but not gender, stereotyping in Williams syndrome children. Current Biology, 20, (7), 307–308.

Anna, w.; Angela, n.; Susan, E. m.; Joan, k. (2012). Neonatal Outcomes and Mental Illness, Substance Abuse, and Intentional Injury During Pregnancy. Maternal and Child Health Journal, 16, 5, 979-988.

Annie, J.& Wilfond, F. (2012). The experience of families with children with trisomy 13 and 18 in social networks. Pediatrics, 130, (2), 293-298.

Arachnoid cysts occur in approximately 15% of individuals with Phelan-McDermid syndrome compared to an estimated 1% in the general population. Other neurologic problems include reduced myelination, frontal lobe hypoplasia, agenesis of the corpus callosum, ventriculomegaly, focal cortical atrophy, and seizures.

Aronson, M. et al. (1991). Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. Dev Med Child Neurol. 1997;39:583–587.

Arpino, m.; Curatolo, p.; Stazi,, m.; Pellegri,, a.; Vlahov,, d. (1999). Differing Risk Factors for Cerebral Palsy in the Presence of Mental Retardation and Epilepsy. Journal of Child Neurology, 14 (3), 151-155.

Asher, S. &Julie, A. (2003) :loneliness and peer relations in childhood , current directions in psychological science ,V. 12 , N. 3, P.P. 75-78.

Ashley-Koch, A.; Murphy, CC.; Khoury, MJ.; Boyle CA. (2001). Contribution of sickle cell disease to the occurrence of developmental disabilities: a population-based study. Genet Med. 2001 May-Jun;3(3):181-6.

Ashoor, G.; Syngelaki, A.; Wang, E.; Struble, C. & Oliphant, A. Et al. (2013). Trisomy 13 detection in the first trimester of pregnancy using

a chromosome-selective cell-free DNA analysis method. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 41. 1 (Jan 2013): 21-25.

Association for Retarded Citizens (1988). Facts about Alcohol and Other Drug Use during Pregnancy. ARC Facts. Arlington, TX.

Astley, S. J.; Clarren, S. K. (1996). Most FAS children have a smaller brain then other children "A case definition and photographic screening tool for the facial phenotype of fetal alcohol syndrome. Journal of Pediatrics, 129, (1), 33–41

Astley, S. J.; Stachowiak, J.; Clarren, S. K.& Clausen, C. (2002). Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. Journal of Pediatrics, 141, (5), 712–717.

Astuti, D.; Morris, M. R.; Cooper, W. N.; Staals, R.; Wake, N. C; et al. (2012). Germline mutations in DIS3L2 cause the Perlman syndrome of overgrowth and Wilms tumor susceptibility. Nature genetics, 44, 3, 277-284.

Athanasakis, E.; Fabretto, A.; Faletra, F.; Mocenigo, M.; Morgan, A.; et al. (2012). Two Novel COH1 Mutations in an Italian Patient with Cohen Syndrome. Molecular Syndromology, 3, 1, 30-33.

Avula, H .& Avula, J. (2011). Syndromes as they relate to periodontal disease. Periodontology, 56, (1), 65–86.

Azeem, M. W; Barnhill, L. J.; Friedman, N.; Grelotti, D.; Gurumurthy, S., Handler, R.; Joshi, G.; Kim, S. J.; Kornhaber, A.; Liu, S.; Mao, A.; Siegel, M.; Sikich, L. & Tsappis, M. W. (2014). Training of child and adolescent psychiatry fellows in autism and intellectual disability. Autism,18 (4), 471-475. doi: 10.1177/1362361313477247. Epub 2013 Oct 10.

Bailey D. B. Jr, Bruer J. T., Symons F. J. & Lichtman J. W. eds. (2001) Critical Thinking about Critical Periods. Brookes, Baltimore, MD.

Bailey D. B. Jr, McWilliam R. A., Darkes L. A., Hebbeler K., Simeonsson R. J., Spiker D. & Wagner M. (1998) Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. Exceptional Children 64, 313–328.

Baird PA, Sadovnick AD1985. Mental retardation in over half-a-million conservative livebirths: An epidemiologicalstudy. American Journal of Mental Deficiency, 89: 323-330.

Baird, PA. & Sadovnick, AD. (1985). Mental retardation in over half-a-million conservative livebirths: An epidemiological study. American Journal of Mental Deficiency, 89, 323-330.

Bakare, M. O.; Ebigbo, P. O. & Ubochi, V. N. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorder among Nigerian Children with Intellectual Disability: A Stopgap Assessment. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23, 513–518.

Baple, e.; Palmer, r,; Hennekam, r. (2010). A Microdeletion at 12q24.31 Can Mimic Beckwith-Wiedemann Syndrome Neonatally. Mol Syndromol 2010;1:42–45.

Bargagna, S; Canepa, G; Tinelli, F. (2002). Social adjustment in children with Down mental retardation (MRD) and Fragile-X mental retardation (MRX). Panminerva medica, 44, 1, 7-10.

Baron, I. S. (2000). Test Review: Behavior Rating Inventory of Executive Function. Child Neuropsychology, 6(3), 235-238.

Baroody, A. (1996). Self-invented addition strategies by children with mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 101,72-89.

Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: The size of the problem and therapeutic outcomes. Journal of Intellectual Disability Research, 46(6), 454-463.

Barton, B. & North, K. (2004). Social skills of children with neurofibromatosis type 1. Developmental Medicine and Child Neurology, 46, 8 , 553-63.

Battaglia, A.; Carey, J. C.& Wright, T. J. (2001). Wolf-Hirschhorn (4p-) syndrome. Adv Pediatr, 48,75–113.

Battaglia, A.; Carye, J.C.; Cederholm, P.; Viskochill, D. H.; Brothman, A. R.& Galasso, C. (1999). Natural history of Wolf-Hirschhorn syndrome: experience with 15 cases. Pediatrics, 103, 830–836.

Beadle-Brown, J., Murphy, G.,&Wing, L. (2005).Long-termoutcome for people with severe intellectual disabilities: The impact of social impairment. American Journal on Mental Retardation, 110(1), 1–12.

Beail N, Warden S. Evaluation of a psychodynamic psychotherapy service for adults with mental retardation: rationale, design and preliminary outcome data. J Appl Res Intellect Disabil 1996; 9: 223–8.

Beail, N. (2003). What works for people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy research. Mental Retardation, 41, 468-472.

Beausoleil, S. A.; Villén, J.; Gerber, S. A. et al. (2006). A probability-based approach for high-throughput protein phosphorylation analysis and site localization. Nat. Biotechnol, 24, (10), 1285–92.

Benson, B. A., Rice, C. J., & Miranti, S. V. (1986). Effects of anger management training with mentally retarded adults in group treatment. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 54, 728-729.

Benson, BA. (1985). Behavior disorders and mental retardation: associations with age, sex, and level of functioning in an outpatient clinic sample. Appl Res Ment Retard.,6,(1),79-85.

Berkovitz, G.; Stamberg, J.; Plotnick, LP.& Lanes, R. (1983). Turner syndrome patients with a ring X chromosome. Clin Genet., 23, (6), 447–53.

Betancur, C. (2011). Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: more than 100 genetic and genomic disorders and still counting. Brain Res 1380: 42– 77. Epub 2010 Dec 2011.

Bhaumik, S.; Gangadharan, S.; Hiremath, A. & Russell, P. S. (2011). Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. The British Journal of Psychiatry, 198, 428–430.

Bhuiyan, Z. A.; Stewart, H.; Redeker, E. J. et al. (2007). Large genomic rearrangements in NIPBL are infrequent in Cornelia de Lange syndrome. Eur. J. Hum. Genet, 15, (4), 505–508.

Billsted, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 1102–1110.

Bird, F., Dores, P., Moniz, D., & Robinson, J. (1989). Reducing severe aggressive and self-injurious behaviors with functional communication training. American Journal of Mental Retardation, 4, 37–48.

Bird, G; Thomas, S. (2002). Providing effective speech and language therapy for children with Down syndrome in mainstream settings: A case example. Down Syndrome News and Update, 2, (1), 30–31.

Bittles, AH.; Bower, C.; Hussain, R.; Glasson, EJ. (2007). The four ages of Down syndrome. Eur J Public Health, 17, 221–25.

Bjoraker, KJ.; Delaney. K.; Peters, C.; Krivit, W.; Shapiro. EG. (2006). Long term outcomes of adaptive functions for children with mucopolysaccharidosis I (Hurler syndrome) treated with hematopoietic stem cell transplantation. J Dev Behav Pediatr, 27, 290-6.

Bjoraker, KJ.; Delaney. K.; Peters, C.; Krivit, W.; Shapiro. EG. (2006). Long term outcomes of adaptive functions for children with mucopolysaccharidosis I (Hurler syndrome) treated with

hematopoietic stem cell transplantation. J Dev Behav Pediatr, 27, 290-6.

Bjoraker, KJ.; Delaney. K.; Peters, C.; Krivit, W.; Shapiro. EG. (2006). Long term outcomes of adaptive functions for children with mucopolysaccharidosis I (Hurler syndrome) treated with hematopoietic stem cell transplantation. J Dev Behav Pediatr, 27, 290-6.

Blacque, o. e. & Leroux, m. r. (2006). Human Genome & Diseases: Review Bardet-Biedl syndrome: an emerging pathomechanism of intracellular transport. Cellular and Molecular Life Sciences, 63 (2006) 2145–2161.

Bloss, G. (1994). The economic cost of FAS. Alcohol Health & Research World, 18, (1), 53–54.

Bolar, K.; Hoffman, AR.; Maneatis, T.& Lippe, B. (2008). Long-term safety of recombinant human growth hormone in Turner syndrome. J. Clin. Endocrinol. Metab., 93, (2), 344–51.

Boman, u.; Moller, a.; Albertsson-Wikland, k.(1998). Psychological aspects of Turner syndrome. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 19, (1), 1–18.

Bond, J.; Scott, S.; Hampshire, DJ. et al(2003). Protein-truncating mutations in ASPM cause variable reduction in brain size. AmJ Hum Genet, 73,1170- 1177.

Bonnie, R, k. ;Laura, m. L. & Blacher, Jan, b. (2003). Quality of life for young adults with mental retardation during transition. National Library of Medicine. Mental retardation 41. 4 (August 2003): 250-262.

Borthwick, C. (1996). Racism, IQ and Down's Syndrome. In Disability & Society, Vol 11, No. 3, 1996, pp. 403-410.

Bradley, E. A.; Summers, J. A.; Wood, H. L. & Bryson, S. A. (2004). Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, April, 34, 2, 151-161.

Brian, b. (1996). Link to smoking while pregnant, mental retardation in infants found. United States: Austin American Statesman [Austin, Tex] 10 Apr 1996: A.2.

Brosco, J. P.; Mattingly, M.; Sanders, L. M. (2006). Impact of Specific Medical Interventions on Reducing the Prevalence of Mental Retardation. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160, 3 , 302-9.

Bruno, E; Rossi, N; Thuer, O; Cordoba, h. & Alday, L. (2003). Cardiovascular findings, and clinical course, in patients with Williams syndrome. Cardiology, 13, (6).

Buchanan, L.; Pavlovic, J.; Rovet, J. (1998). A re-examination of the visuospatial deficit in Turner syndrome: contributions of working memory. Dev. Neuropsychol., 14, (2–3), 341–367.

Bugiani, M.; Gyftodimou, Y.; Tsimpouka, P.; et al. (2008). Cohen syndrome resulting from a novel large intragenic COH1 deletion segregating in an isolated Greek island population. Am J Med Genet., A, 146A, 2221–222.

Burke, J. D.; Hipwell , A. E.& Loeber , R. (2010). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49, 5, 484-492.

Cabana, M. D; Crawford, T. O.; Winkelstein, J. A.; Christensen, J. R.& Lederman, H. M. (1998). Consequences of the delayed diagnosis of ataxia-telangiectasia. Pediatrics, 102 (1), : 98–100.

Cammarata, M; Corsello, G; Benigno, V; Parisi, M; Giuffrè, L. et al.(1986). 48,XXYY syndrome in a 4-year-old subject. La Pediatria medica e chirurgica : Medical and surgical pediatrics, 8, 1, 135-136.

Campbell JM, Morgan SB, Jackson JN 2004. Autism spectrum disorders and mental retardation. In: RT Brown (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology in School Settings. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 431-450.

Campbell, JM.; Morgan, SB. & Jackson, JN. (2004). Autism spectrum disorders and mental retardation. In: RT Brown (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology in School Settings. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 431-450.

Cantor, J.M., Blanchard, R., Robichaud, L.K., & Christensen, B.K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. Psychological Bulletin, 131(4), 555-568.

Cardoso, C.; Lutz, Y.; Mignon, C.; Compe, E.; Depetris, D.; Mattei, MG.; Fontes, M.& Colleaux, L. (2000). ATR-X mutations cause impaired nuclear location and altered DNA binding properties of the XNP/ATR-X protein. J Med Genet 37:746–751.

Cardoso, g. et al. (2004). Current and lifetime psychiatric illness in women with Turner syndrome. Gynecol. Endocrinol., 19, (6), 313–319.

Carr, A .(2004). Positive psychology: the science of happiness and human strengths. New York, Brunner-Routledge.

Carr, A., & O'Reilly, G. (2007). Diagnosis, classification and epidemiology. In A. Carr, G. O'Reilly, P. Noonan Walsh, & J. McEvoy (Eds.), The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice (pp. 3–49). London: Routledge

Carrasco, X; Castillo, S; Arevena, T; Rothhammer, P. & Aboitiz, F (2005). Williams syndrome: Pediatric, neurologic, and cognitive development. Pediatric neurology, 32, (3).

CASAS, B. (2009). developing and evaluating a social skills training program to address aggression in young men with intellectual developmental disabilities. M A. the Graduate Faculty of the University of Kansas.

Castles, E. E., & Glass, C. R. (1986). Training in social and interpersonal problem-solving skills for mildly and moderately retarded adults. American Journal of Mental Deficiency, 91, 35-42.

CDCP, Centers for Disease Control and Prevention (2004). Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearingloss, and vision impairment – United States, 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004; 53: 57–59.

Chandler, K.; Kidd, A.; Al Gazali, L.; Kolehmainen, J.; Lehesjoki, A. E.; Black, G. C.& Clayton-Smith, J. (2003). Diagnostic criteria, clinical characteristics and natural history of Cohen Syndrome. J Med Gen, 40, 233–241.

Chelly, J. & Mandel, J. (2001). monogenic causes of x-linked mental retardation. Nature Reviews, Genetics, 2, 669-680.

Cheng, H. & Furnham, A. (2002). Personality, Peer relations, and Self-confidence as predictors of happiness and loneliness. Journal of Adolescence, V. 25, PP. 327 – 339

Chiriboga, CA.; Bateman. DA.; Hauser, WA.; et al. (1993). Neurologic findings in neonates with intrauterine cocaine exposure. Pediatr Neurol, 9, (2), 115–9.

Chiurazzi, P.& Oostra, B. A. (2000). Genetics of mental retardation. Curr Opin Pediatr, 12, 529–535.

Chiurazzi, P.& Oostra, BA. (2000). Genetics of mental retardation. Curr Opin Pediatr, 12, 529–535.

Cho, y. g.;Kim, d. s.; Lee, h. s.;Cho, s. c.; S I Choi, s. i. (2004). A case of 49,XXXXX in which the extra X chromosomes were maternal in origin. J. Clin Pathol. 57, 1004–1006.

Choi, D. & Kim, J. (2003). Practicing Social Skills Training for Young Children with Low Peer Acceptance : A Cognitive – Social Learning Model. Early Childhood Education Journal , 31, 1 , 41- 46 .

Christophersen, E., & Mortweet, S. (2001). Treatments That Work With Children: Empirically Supported Strategies for Managing Childhood Problems. American Psychological Association.

Chua-Lim, C.; Moore, R B; McCleary, G; Shah, A; Mankad, V N; et al. (1993). Deficiencies in school readiness skills of children with sickle cell anemia: a preliminary report. Southern medical journal 86. 4 (April 1993): 397-402.

Chudley, A.; Conry, J.; Cook, J. et al. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ, 172, (5 Suppl), 1–21.

Cnattingius, S. (1992). Smoking during pregnancy. Pregnancy risks and socio-demographic characteristics among pregnant smokers. International journal of technology assessment in health care, 8, 1, 91-95.

Cochat P, Pichault V, Bacchetta J et al (2010) Nephrolithiasis related to inborn metabolic diseases. Pediatr Nephrol 25:415.

Colleen, m.; Howard, l.; & Paul, w. (2006). Williams-Beuren Syndrome: Research, Evaluation, and Treatment. Johns Hopkins University Press. pp. 70–71. ISBN 0-8018-8212-5.

Conor, WO (1999). John Langdon Down: The Man and the Message. Down Syndrome Research and Practice, 6, (1), 19–24.

Consoli, A.; Cohen , J; Bodeau, N. Guinchat, V.; Wachtel, L.; Cohen, D. (2012). Electroconvulsive therapy in adolescents with intellectual disability and severe self-injurious behavior and aggression : a retrospective study. Eur Child Adolesc Psychiatry, DOI 10.1007/s00787-012-0320-7.

Coplan, R . ; Rubin , K. ; Fox, N. ; Calkins, S. & Stewart , S.(1994). Being alone , Playing alone and Acting alone : distinguishing among reticence and passive and active solitude in young children, Child Development ,V. 65 , P.P. ,129-137.

Crespi, B. (2008). Turner syndrome and the evolution of human sexual dimorphism. Evolutionary Applications, 1, (3), 449–461.

Crino, PB.; Nathanson, KL.& Henske, EP. (2006). The tuberous sclerosis complex. N Engl J Med 355:1345–1356.

Croen, L. A.; Grether, J. K. & Selvin, S. (2001). The Epidemiology of Mental Retardation of Unknown Cause. Pediatrics, 107, (6), 1-5.

Curry, C.; Sandhu, A.; Frutos, L.& Wells, R.(1996). Diagnostic yield of genetic evaluations in developmental delay/mental retardation. Clin Res, 44:130A.

Curry, C.J., Stevenson, R.E., Aughton, D.,Byrne, J., Carey, J.C., Cassidy, S., Cunniff, C., Graham, Jr. J.M., Jones, M.C., Kaback, M.M., Moeschler, J., Schaefer, G.B., Schwartz, S., Tarleton, J. and Opitz, J. (1997). Evaluation of Mental Retardation: Recommendations of a Consensus Conference. American Journal of Medical Genetics, 72, 468-477.

Cusmano-Ozog K, Manning MA, Hoyme HE. 22q13.3 deletion syndrome: a recognizable malformation syndrome associated with marked speech and language deletion. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2007;145C:393–8. [PubMed: 17926345]

Custer, DA.; Vezina, G.; Vaught, DR. et al. (2000). Neurodevelopmental and neuroimaging correlates in nonsyndromal microcephalic children. J Develop Behav Pediatr, 21,12-18.

Dafydd, G. T.; Suzanne, M. J.; Anne, F. L.; Baruch, F.; Mark, I. E.; et al. (200). Prenatal Diagnosis of Smith-Magenis Syndrome (del 17p11.2). Fetal Diagnosis and Therapy, 15, 6, 335-7.

Dagoneau, N.; Benoist-Lasselin, C.; Huber, C.; Faivre, L.; Me´Garbane´, A.; Alswaid, A.; Dollfus, H.; Alembik, Y.; Munnich, A; Legeai-Mallet, L. & Cormier-Daire, V. (2004). ADAMTS10 Mutations in Autosomal Recessive Weill-Marchesani Syndrome. Am. J. Hum. Genet., 75, 801–806.

Davenport, ML.; Crowe, BJ.; Travers, SH. et al. (2007). "Growth hormone treatment of early growth failure in toddlers with Turner syndrome: a randomized, controlled, multicenter trial. J Clin Endocrinol Metab., 92, (9), 3406–3416.

Davey, C. & Vance, A. (2007). A possible behavioural and cognitive phenotype for the 47,XYY karyotype in a pre-pubertal child. Australas Psychiatry, 15, (1). 72-74.

David, W; Samantha, T; Virginia, m.; Mary, K.; Eric, L.; Mark, I. (1999). Determinants of parental decisions after the prenatal diagnosis of Down syndrome: Bringing in context. American Journal of Medical Genetics, 93, (5), 410–16.

de Bildt A, Sytema S, Kraijer D, et al. (2005) Prevalence of pervasive developmental disorders in children and adolescents with mental retardation. J Child Psychol Psychiatry, Mar;46(3), 275–86.

De Bildt A, Sytema S, Kraijer D, et al.(2005). Prevalence of pervasive developmental disorders in children and adolescents with mental retardation. J Child Psychol Psychiatry, 46, 275-86.

De Leersnyder, H. (2006). Inverted rhythm of melatonin secretion in Smith–Magenis syndrome: from symptoms to treatment (Abstract). Trends Endocrinol Metab., 17, (7), 291–8.

Dearlove, O R. & Perkins, R. (2003). Anaesthesia in an adult with Rubinstein–Taybi syndrome. British Journal of Anaesthesia 90 (3): 399–400.

Delgado, c.; vagei, s. & scott, k. (2007). Identification of early risk factors for developmental day. Exceptionality, 15,(2),119-136

Demirel, M.(2010). Primary school curriculum for educable mentally retarded children. A Turkish case. US-China Education Review, ISSN 1548-6613, USA, V. 7, N.3 (Serial No.64).

Dennison, A. & Certo, C. (2006). Exercise for Individuals with Marfan Syndrome. Cardiopulmonary Physical Therapy Journal, 17, 3, 110-115.

Derek, A.c.; Keith G. s. & Mason, Craig A. m. (2002). Early risk factors for mental retardation: role of maternal age and maternal education. American journal of mental retardation : AJMR 107. 1 (January 2002): 46-59.

Dhar SU, del Guadio D, German JR, Peters SU, Ou Z, Bader PI, Berg JS, Blazo M, Brown CW, Graham BH, Grebe TA, Lalani S, Irons M, Sparagana S, Williams M, Philips JA III, Beaudet AL, Stankiewicz P, Patel A, Cheung SW, Sahoo T. 22q13.3 deletion syndrome: clinical and molecular analysis using array CGH. Am J Med Genet Part A. 2010;152A:573–81.

Dick, D.; Krueger, R.; Edwards, A. et al. (2011). Genome-wide association study of conduct disorder symptomatology. Molecular Psychiatry Houndmills, 16, 8, 800- 809.

Didden R, Duker PC, Korzilius H. Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. Am J Ment Retard 1997; 101: 387–99.

Dierssen, M.; Herault, Y.; Estivill, X. (2009). Aneuploidy: from a physiological mechanism of variance to Down syndrome. Physiol Rev, 89, 887–920.

Dippell, J. & Varlam, D, E. (1998). Early sonographic aspects of kidney morphology in Bardet-Biedl syndrome. Pediatr Nephrol, 12, 559–563.

Donaldson, M.; Gault, E.; Tan, K.& Dunger, D. (2006). Optimising management in Turner syndrome: from infancy to adult transfer. Arch. Dis. Child, 91, (6), 513–552.

Durand CM, Betancur C, Boeckers TM, Bockmann J, Chaste P, Fauchereau F, Nygren G, Rastam M, Gillberg IC, Anckarsater H, Sponheim E,

Goubran-Botros H, Delorme R, Chabane N, Mouren-Simeoni MC, de Mas P, Bieth E, Roge B, Heron D, Burglen L, Gillberg C, Leboyer M, Bourgeron T. Mutations in the gene encoding the synaptic scaffolding protein SHANK3 are associated with autism spectrum disorders. Nat Genet. 2007;39:25–7.

Durkin MS, Khan NZ, Davidson LL, Huq S, Munir S, Rasul E, Zaman SS 2000. Prenatal and postnatal risk factors for mental retardation among children in Bangladesh. Am J Epidemiol, 152(11): 1024- 1033.

Durkin, m.s.; Z. M. Hasan, z. m.& K. Z. Hasan, k. z. (1998). Prevalence and Correlates of Mental Retardation among Children in Karachi, Pakistan. American Journal of Epidemiology, 147, (3), 281-288.

Durkin, MS.; Khan, NZ.; Davidson, LL.; Huq, S.; Munir, S.; Rasul, E. & Zaman, SS. (2000). Prenatal and postnatal risk factors for mental retardation among children in Bangladesh. Am J Epidemiol, 152, (11), 1024- 1033.

Ebrahim, S. H.& Gfroerer, J. (2003). Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998 (Scholar search). Obstetrics and gynecology, 101, (2), 374–9.

Edward, Z. & David, B. (1982). Mental retardation the developmental – Difference controversy . New Jersey .

Eggermann, Katja, e.; Nadine, s.; Michael, B. r.; Hartmut, A. w.; Gerhard, b. (2008). Search for subtelomeric imbalances by multiplex ligation-dependent probe amplification in Silver-Russell syndrome. Genetic testing 12. 1 (March 2008): 111-113.

Elefant, C. (2001) Speechless yet communicative: revealing the person behind the disability of Rett syndrome through clinical research on songs in music therapy. In Music Therapy in Europe. Aldridge, D., di Franco, G., Ruud, E., and Wigram, T., Eds. ISMEZ, Rome.

Elefant, C. (2003) Music, Choice Making and Communication in Rett Syndrome. A lecture presented at the international course on Rett syndrome. June 16–18, Ostersund, Sweden.

Elefant, C., and Wigram, T. (2005) Learning ability in children with Rett syndrome. Brain Dev. 27(Suppl 1), S97– S101.

Eliason, M J. (1986). Neurofibromatosis: implications for learning and behavior. National Library of Medicine. Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP 7. 3 (June 1986): 175-179

Eliez, S. S.; Palacio-Espasa, F. F.; Spira, A. A.; Lacroix, M. M. ; Pont, C. C.; et al. (2002). Young children with Velo-Cardio-Facial syndrome (CATCH-22). Psychological and language phenotypes. European child & adolescent psychiatry, 9, 2, 109-114.

Elspeth, A, B. & Barry, J, I. (2005). Inattention, Hyperactivity, and Impulsivity in Teenagers With intellectual disability with and witout autism. Canadian Journal of Psychiatry; Aug., 51, 9; ProQuest Central p. 598.

emecen, d. d. (2011). Comparison of Direct Instruction and Problem Solving Approach in Teaching Social Skills to Children with Mental Retardation. Educational Sciences: Theory & Practice - 11(3), Summer, 1414-1420

Emma, m. (2004). 1 in 5 mums smoke during pregnancy: Final 1 Edition. London (UK: The Sun.

Engstrom, I., Ekstrom, L., & Emilsson, B. (2003). Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. Autism, 7(1), 99–110. doi: 10.1177/1362361303007001008.

environment. Brain Dev. 27(Suppl 1), S88–S94. Andrew, S. D. (2010). Handbook of Pediatric Neuropsychology. Springer Publishing Company. ISBN 082615736X.

Esbensen, A.J.; Rojahn, J.; Aman, M. G. & Ruedrich, S. (2003). Reliability and Validity of an Assessment Instrument for Anxiety, Depression, and Mood among Individuals with Mental Retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 6, 617- 629.

Ethen, M. K.; Ramadhani, T. A.; Scheuerle, A. E. et al. (2008). Alcohol Consumption by Women Before and During Pregnancy. Maternal and child health journal, 13, (2), 274–85.

Ewa, G. & Ewa, M. (2008). The effect of environmental tobacco smoke during pregnancy on psychomotor child development. Przegląd lekarski , 65, 10 , 712-714.

Fahmy, j.; Kaminsky, c. k. & Parisi, m. t. (1998). Perlman syndrome: a case report emphasizing its similarity to and distinction from Beckwith-Wiedemann and prune-belly syndromes. Pediatr Radiol, (1998) 28: 179±182.

Fahmy, j.; Kaminsky, c. k. & Parisi, m. t. (1998). Perlman syndrome: a case report emphasizing its similarity to and distinction from Beckwith-Wiedemann and prune-belly syndromes. Pediatr Radiol, (1998) 28: 179±182.

Fahmy, j.; Kaminsky, c. k. & Parisi, m. t. (1998). Perlman syndrome: a case report emphasizing its similarity to and distinction from Beckwith-Wiedemann and prune-belly syndromes. Pediatr Radiol, (1998) 28: 179±182.

Fairthorne, J.; Fisher, C.; Bourke, J. & Leonard, H. (2014). Experiences Impacting the Quality of Life of Mothers of Children With Autism and Intellectual Disability. Psychology Research, ISSN 2159-5542, August 2014, Vol. 4, No. 8, 666-684.

Faivre, L.; Megarbane, A.; Alswaid, A.; Zylberberg, L.; Aldohayan, N.; Campos-Xavier, AB.; Bacq, D.; Legeai-Mallet, L.; Bonaventure, J.; Munnich, A.& Cormier-Daire, V. (2002) Homozygosity mapping of a Weill-Marchesani syndrome locus to chromosome 19p13.3-p13.2. Hum Genet, 110, 366–370.

Farr, A.K.; Shalev, B.; Crawford, T.O.; Lederman, H.M.; Winkelstein, J. A.& Repka, M. X. (2002). Ocular manifestations of ataxia-telangiectasia. American journal of ophthalmology, 134, (6), 891–6.

Fell, JM.; Reynolds, AP.; Meadows, N.; et al. (1996). Manganese toxicity in children receiving longterm parenteral nutrition. Lancet, 347:1218–21.

Fidana, t.; Kirpinarb, i.;Oralb, m.; Kübra Koçaka, k. (2007). Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and manic symptoms among children with mental retardation of unknown etiology?. Comprehensive Psychiatry 52 (2011) 644–649.

Findlay, L. (2006). Come out and play: shyness in childhood and the benefits of sports participation, Ph.D., Carleton University (Canada),P. 181; AAT NR16665.

Firth, r.; zip, e. & wing, l. (2008). Imitation for children With Autism and Intellectual Disability, British journal of haematology, 112, (2), 520–549.

Fischer, K. W., & Daley, S. G. (2007). Connecting cognitive science and neuroscience to education In L. Meltzer, (Ed.), Executive Function in Education: From Theory to Practice (pp. 55-72). New York: Guilford Press.

Fitness, o. (2013). Alport Syndrome; Recent Findings in Alport Syndrome Described by Q.F. Wang and Colleagues. Wellness Week, 9, 629

Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in Autism Spectrum Disorders: A synthesis and meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders 40, 1227-1240.

Friman, P & Altman , K (1990) : Parent use of DRI on high rate Disruptive Behavior : direct and collateral benefits, Res., Dev., Disabil., V. 11 (2) , PP . 249 – 254

Fryns, J.P.; Legius, E.; Devriendt, K.; Meire, F.; Standaert, L.; Baten, E. et al. (1996) Cohen Syndrome: the clinical syndrome and stigmata at a young age. Clin Gen, 49, 237–241

Gale´ra, c.;Taupiac, e.; Fraisse, s.; Naudion, s.; Toussaint, e.; Rooryck-Thambo, c.; Delrue, m.; Arveiler, b; Lacombe, d. & Bouvard, m.(2009). Socio-Behavioral Characteristics of Children with Rubinstein-Taybi Syndrome. J Autism Dev Disord (2009) 39:1252–1260.

Galéra, C.; Taupiac, E.; Fraisse, S. et al. (2009). Socio-behavioral characteristics of children with Rubinstein–Taybi syndrome. J Autism Dev Disord 39 (9): 1252–1260.

Garber, K. B.; Visootsak, J.; Warren, S.T. (2008). Fragile X syndrome. Eur J Hum Genet., 16, (6), 666–72.

Garcia, P.; Salvador, K.; Moraes, T.; Feniman, M.; Crenitte,P. (2012). Auditory processing, reading and writing in the Silver-Russell syndrome: case report. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(1):101-5.

Gardner, J.F., & Carran, D.T. (2005). Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. Mental Retardation, 43, 157-174.

Gatti, R. A.; Boder, E.; Vinters, H. V., et al. (1991). Ataxia Telangiectasis; an interdisciplinary approach to pathogenesis. Medicine, 70,(2), 99-117.

Geerts M, Steyaert J, Fryns JP. (2003). The XYY syndrome: a follow-up study on 38 boys. Genet Couns, 14(3), 267-279.

Ghafoori, Bita; Ratanasiripong, Paul; Holladay, Christina. (2010). Cognitive Behavioral Group Therapy for Mood Management in Individuals with Intellectual Disabilities: A Pilot Study. ournal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 3, 1, 1-15.

Ghanizadeh, & Faghih (2011). The impact of general medical condition on sleep in children with mental retardation. Sleep and Breathing 15. 1 (Jan 2011): 57-62.

Gibbons, RJ.; McDowell, TL.; Raman, S.; O'Rourke, DM.; Garrick, D.; Ayyub, H.& Higgs, DR. (2000). Mutations in ATRX, encoding a SWI/SNF-like protein, cause diverse changes in the pattern of DNA methylation. Nat Genet, 24,368–371.

Gill, N.; Bhaskar, N. (2010). Sturge - Weber syndrome: A case report. Contemporary Clinical Dentistry, 1, 3, 183-185.

Gioia, G. (1993). Development and Mental Retardation , Eclited by : smith , R . in " Children With Mental Retardation , A Parents Guuicle " Woodbine house , Inc, 31, 8, 51 – 88.

Girirajan, S.; Vlangos, C. N.; Szomju, B.B., et al. (2006). Genotype-phenotype correlation in Smith–Magenis syndrome: evidence that

multiple genes in 17p11.2 contribute to the clinical spectrum. Genet. Med., 8, (7), 417–27.
Glenn, e.; Bihm, e. m. & Lammers, w. j. (2003). Depression, Anxiety, and Relevant Cognitions in Persons with Mental Retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 1, 69-76.
Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart & Winston.
Gomez MR, Sampson JR, Whittemore VH (1999) Tuberous sclerosis complex. Oxford University Press, New York.
Gomez, R. & Condon, M. (1999) : Centrel auditory processing ability in children with ADHD with and without learning disabilities, J., of Learning Disabilities, Vol. 32, No. 2, pp. 151 – 158 .
Goots, E. E., & Liemohn, W. P. (1977). Behavioral characteristics of three children with the broad thumb-hallux (Rubinstein-Taybi) syndrome. Biological Psychiatry, 12, 413–423.
Gothelf, D.; Goraly, O.; Avni, S.; Stawski, M.; Hartmann , I. et al. (2008). Psychiatric morbidity with focus on obsessive–compulsive disorder in an Israeli cohort of adolescents with mild to moderate mental retardation. J Neural Transm, 115, 929–936.
Grant, G.; Goward, P.; Ramcharan,P.& Richardson, M. (2010). Learning Disability: A Life Cycle Approach to Valuing People. McGraw-Hill International,43–44.
Guralnick M. J. (1998) The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. American Journal on Mental Retardation 102, 319–345.
Guralnick M. J. (1998) The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. American Journal on Mental Retardation 102, 319–345.
Guralnick M. J. (2000) The early intervention system and outof- home child care. In: Infants and Toddlers in Out-of-home Care (eds D. Cryer & T. Harms), pp. 207–234. Brookes, Baltimore, MD.
Guralnick M. J. (2004a) Family investments in response to the developmental challenges of young children with disabilities. In: Family Investments in Children's Potential: Resources and Parenting Behaviors that Promote Success (eds A. Kalil & T. Deleire), pp. 119–137. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
Guralnick M. J. ed. (1997a) The Effectiveness of Early intervention. Brookes, Baltimore, MD.
Guralnick, M. J. (1990). Peer interactions and the development of handicapped children's social and communicative competence. In H.

Foot, M. Morgan, & R. Shute (Eds.), Children helping children (pp. 275–305). Sussex, England: Wiley.

Guralnick, M. J. (1999a). Family and child influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays.Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5, 21–29.

Guralnick, M. J., Connor, R. T., Neville, B., & Hammond, M. A. (2002). Mothers' perspectives of the peer-related social development of young children with developmental delays and communication disorders. Early Education and Development, 13, 59–80.

Guralnick, M. J., Connor, R., Hammond, M., Gottman, J. M., & Kinnish, K. (1996). Immediate effects of mainstreamed settings on the social interactions and social integration of preschool children. American Journal on Mental Retardation, 100, 359–377.

Guralnick, M. J., Paul-Brown, D., Groom, J. M., Booth, C. L., Hammond, M. A., Tupper, D.B., & Gelenter, A. (1998). Conflict resolution patterns of preschool children with and without developmental delays in heterogeneous playgroups. Early Education and Development, 9, 49–77.

Guralnick, m. j.; Neville, b.; Connor, r. t.& Hammond, m. a.(2003). Family Factors Associated With the Peer Social Competence of Young Children With Mild Delays. AMERICAN journal on mental retardation, 108, 4, 272–287.

Hagberg, B. (1993) Rett Syndrome: Clinical and Biological Aspects. Mac Keith, London.

Hagberg, B. and Hagberg, G. (1997) Rett syndrome: epidemiology and geographical variability. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry 1, 5–7.

Hagberg, B., Hanefield, F., Percy, A., and Skjeldal, O. (2001) An update on clinically applicable diagnostic criteria in Rett syndrome. Comments to Rett Syndrome Clinical Criteria Consensus Panel Satellite to European Paediatric Neurology Society Meeting, Baden Baden, Germany, 11 September 2001. Eur. J. Paediatr. Neurol. 6, 293–297.

Hagberg, B.; Aicardi, J.; Dias, K. & Ramos, O. (1983). Progressive syndrome of autism, dementia, ataxia and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: report of 35 cases. Ann. Neurol., 14, 471–479.

Halgin, P. & Whit Bourne, K. (1997). Abnormal psychology " the human experience of psychology caldisorders. Brown, Ben Charmk Publishers –4th London .

Hallahan, D. & Kauffman, J. (1998). Exceptional children : intro ductory to specian education .New jersey : Englewod cliffs . Prentice Hall .

Hanley-Lopez, J.; Estabrooks, L. L.& Stiehm, R. (1998). Antibody deficiency in Wolf-Hirschhorn syndrome. J. Pediatr, 133, (1), 141–3.

Harnett JD, Green JS, Cramer BC, Johnson G, Chafe L, McManamon P, Farid NR, Pryse-Phillips W, Parfrey F (1988). The spectrum of renal disease in Laurence-Moon-Biedl syndrome. N Engl J Med 319:615–618.

Harvey, M. T.; Baker, D. J.; Horner, R. H.; Jennifer, U. B. (2003). A brief report on the prevalence of sleep problems in individuals with mental retardation living in the community. Journal of Positive Behavior Interventions 5. 4 (Fall 2003): 195-200.

Hasle, H.; Clemmensen, H.; Mikkelsen, M. (2000). Risks of leukaemia and solid tumours in individuals with Down's syndrome. Lancet, 355, (9199), 165–69.

Hassiotis A, Robotham D, Canagasabey A, Romeo R, Langridge D, Blizard R, et al. Randomized, single-blind, controlled trial of a specialist behavior therapy team for challenging behavior in adults with intellectual disabilities. Am J Psychiatry 2009; 166: 1278–85.

Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. American Journal on Mental Retardation, 107, 116–127.

Hatton, C. (2002). Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems. Journal of Mental Health, 11, 357-373.

Havens, J. R.; Simmons, L. A.; Shannon, L. M.& Hansen, W. F. (2008). Factors associated with substance use during pregnancy: Results from a national sample. Drug and alcohol dependence 99 (1–3): 89–95.

Hearne S, Garner K, O'Mahony B, Thomas C, Alexander RT. The Life Skills Group – an introductory multi-modular group programme in forensic learning disability. Br J Forensic Pract 2007; 9: 3–13.

Heiman, T. & Margalit, M. (1998). Loneliness , Depression and Social Skills among students with Mild Mental Retardation in different education settings. Journal special education, V. 32, N. 3 , PP. 154 – 163.

Heiman, T. (2000). Friendship quality among children in three educational settings. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25(1), 1-12.

Heinecke, K. A.; Peacock, B. N.; Blazar, B. R.; Tolar, J.; Seyfried, T. N. (2011). Lipid Composition of Whole Brain and Cerebellum in Hurler Syndrome (MPS IH) Mice. Neurochem Res, 36, 1669–1676.

Heinecke, K. A.; Peacock, B. N.; Blazar, B. R.; Tolar, J.; Seyfried, T. N. (2011). Lipid Composition of Whole Brain and Cerebellum in Hurler Syndrome (MPS IH) Mice. Neurochem Res, 36, 1669–1676.

Heinecke, K. A.; Peacock, B. N.; Blazar, B. R.; Tolar, J.; Seyfried, T. N. (2011). Lipid Composition of Whole Brain and Cerebellum in Hurler Syndrome (MPS IH) Mice. Neurochem Res, 36, 1669–1676.

Hélène, D.; De Blois, M.; Daniel Sidi, M.; Catherine, E., V.& Munnich, K., A. (2001). β1-adrenergic antagonists improve sleep and behavioural disturbances in a circadian disorder, Smith–Magenis syndrome. Journal of Medical Genetics, 38, (38), 586–590.

Heliövaara, A. A.& Hurmerinta, K. K. (2006). Craniofacial cephalometric morphology in children with CATCH 22 syndrome. Orthodontics & craniofacial research, 9, 4, 186-192.

Henley, D. (1991). Facilitating the development of object relations through the use of clay in art therapy. American Journal of Art Therapy, 29, 69–76.

Hennekam, R. C. (2006). Rubinstein-Taybi syndrome. European Journal of Human Genetics, 14, 981–985. doi:10.1038/sj.ejhg. 5201594.

Henry, J. & Baskin, Jr. (2008). The pathogenesis and imaging of the tuberous sclerosis complex. Pediatr Radiol, 38,936–952.

Henry, J. & Baskin, Jr. (2008). The pathogenesis and imaging of the tuberous sclerosis complex. Pediatr Radiol, 38,936–952

Horton, Steven V.; Taylor, David C. (1989). The Use of Behavior Therapy and Physical Therapy to Promote Independent Ambulation in a Preschooler with Mental Retardation and Cerebral Palsy. **Research in Developmental Disabilities** 10. 4 (1989): 363-375.

Howlin, P. (2001). Autistic features in Cohen Syndrome: A preliminary report. Devel Med Child Neurol, 43, 692–696.

Hsu-Smith, T. (2009). Echoing teachers' voices: A study exploring teachers' perceptions of play, play therapy, and play therapy skills training, Ph.D., The University of Texas at Austin,P. 161, AAT 3373349.

Huether, C. A. (1998). Maternal age specific risk rate estimates for Down syndrome among live births in whites and other races from Ohio and metropolitan Atlanta, 1970-1989. J. Med Genet, 35, (6), 482-490.

Huijbregts, s & Sonneville, l. (2011). Does Cognitive Impairment Explain Behavioral and Social Problems of Children with Neurofibromatosis Type 1?. Behav Genet (2011) 41:430–436

Hull, K. (2010). Computer/video games as a play therapy tool in reducing emotional disturbances in children. International Journal of Play Therapy, 19 (3), 144-158.

Hussain, j.;Woolf, a. d.;Sandel, m. & Shannon, m.w. (2007). Environmental Evaluation of a Child with Developmental Disability. Pediatr Clin N Am, 54, 47–62.

Imen, C.; Bayan, M.; Neila, B.; Mariam, C.; Ben, M.; et al. (2011). Miller-Dieker syndrome: A report of a new case and review of the literature: JPN JPN. Journal of Pediatric Neurology, 9, 3, 387-390.

Ingersoll, B. (2010). Brief Report: Pilot randomized controlled trial of reciprocal imitation training for teaching elicited and spontaneous imitation to children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(9), 1154–1160

Ingersoll, B.; Walton, K.; Carlsen, D. & Haml, T. (2013). Social Intervention for Adolescents With Autism and Significant Intellectual Disability: Initial Efficacy of Reciprocal Imitation Training. American journal on intellectual and developmental disabilities, 118, 4, 247–261.

Izumi, S. & Tsubahara, A. (2000). Improvement of peripheral neuropathy by testosterone in a patient with 48,XXYY syndrome. National Library of Medicine. The Tokai journal of experimental and clinical medicine, 25, 2, 39-44.

Jahnsonfeller, C , R ; Handen , B, L ; Lubetsky & Kelley, M , J. (1995). Affective Disorders in Hospitalized children and adolescent with mental retardation a retrospective study Research in developmental disabilities, V. 16, Issue 3, May – June , PP. 221 – 231.

James, A.; Jennifer, B.; David, h.; Lin, z.; Michele, Y.;, Flora, t.; Faraz, f.; James, A. et al. (2007). Cognitive, anxiety and mood disorders in the fragile X-associated tremor/ataxia syndrome. General Hospital Psychiatry, 29, (4), 349–356.

Jansen FE, van Nieuwenhuizen O, van Huffelen AC (2004). Tuberous sclerosis complex and its founders. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75:770

Jeffries AR, Curran S, Elmslie F, Sharma A, Wenger S, Hummel M, Powell J. Molecular and phenotypic characterization of ring chromosome 22. Am J Med Genet A. 2005;137:139–47. [PubMed: 16059935].

Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC et al. (2001), ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:147–158.

Jewell, et al. (2009). Etiology and Relationships to Developmental Disabilities and Psychopathology. In Matson, j. l. (2009). Social Behavior and Skills in Children. Usa: Springer ScienceBusiness Media, LLC.

John, M. & Enid, F. (1990). "Reflections on the Pathogenesis of Down Syndrome". American Journal of Medical Genetics 7: 38–51.

Johnson, C. R. (1996) Sleep problems in children with mental retardation and autism. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 5:673–683.

Jones, K. & Smith, D. (1975). The fetal alcohol syndrome. Teratology, 12, (1), 1–10.

Jongmans, M.(2005). Genotypic and phenotypic characterization of Noonan Syndrome: new data and review of the literature. Am J Med Genet, 134,(2),165–70.52

Jonsson, J.; Renieri, A.; Gallagher, P.; Kashtan, C.; Cherniske, E.; Bruttini, M.; Piccini, M.; Vitelli, F.; Ballabio, A. & Pober, B. (1998). Alport syndrome, mental retardation, midface hypoplasia, and elliptocytosis: a new X linked contiguous gene deletion syndrome?. J Med Genet, 35:273-278.

Joseph, A. ; James J. & Richard, C.K. (2008). "15". Oral pathology : clinical pathologic correlations (5th ed.). St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier. ISBN 978-1-4160-4570-0. Section on Fragile X syndrome.

Jugessur, A.; Shi, M.; Gjessing, H. K. et al. (2010). Maternal genes and facial clefts in offspring: a comprehensive search for genetic associations in two population-based cleft studies from Scandinavia. PLoS ONE, 5, (7), e11493.

Kahng, S; Abt, K. & Wilder, D. (2002). Behavioral treatment of self – injury, 1964-2000. American journal on mental retardation , 107, (3), 212-221.

Kainulainen, K.; Karttunen, L.; Puhakka, L.; Sakai, L.; Peltonen, L. (1994). Mutations in the fibrillin gene responsible for dominant ectopia lentis and neonatal Marfan syndrome. Nat. Genet., 6, (1), 64–9.

Kale, A.; Shah, K.; Hallikerimath, S. (2008). Lesch-Nyhan syndrome: A case report. J Indian Soc Pedod Prevent Dent – Supplement, 11,13.

Karrie, A. S; James, A. B ; Susan, B. P.; Michael, L. W. (2010). Locus of Control Orientations in Students with Intellectual Disability, Learning Disabilities, and No Disabilities: A Latent Growth Curve Analysis. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities (RPSD) 35 (3), 13.

Kashtan, c. e. (2000). Alport syndromes: phenotypic heterogeneity of progressive hereditary nephritis. Pediatr Nephrol (2000) 14:502–512

Kayes, L M; Riccardi, V M; Burke, W; Bennett, R L; Stephens, K. (1992). Large de novo DNA deletion in a patient with sporadic neurofibromatosis 1, mental retardation, and dysmorphism. Journal of Medical Genetics, 29, 10, 686-690.

Keen, P. M. (2013). The impact of motor skill training on balance, hand-eye coordination and reaction time in a group of adults with autism and an intellectual disability. Masters of Human Kinetics, University of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.

Kenner, c. c. (2009). Comparison of Two Relaxation Techniques to Reduce Physiological Indices of Anxiety in a Person with Mild Mental Retardation. Phd, East Carolina University.

Kent L, Evans J, Paul M, et al. (1999). Comorbidity of ASD in children with Down Syndrome. Dev Med Child Neurol, 41,153-8

Kessler, R. J. (2004). electroconvulsive therapy for affective disorders in persons with mental retardation. Psychiatric Quarterly,75, (1), 99-104.

Kirby, N. (1997). Employment and mental retardation. In N. W. Bray Ed. International review of research in mental retardation ,20, 191–249. San Diego, CA: Academic Press.

Kirk, A.; Gallagher, T. & Anastasiow, T. (1993). Educating exceptional children . 7 th Edition ,New York : Houghton Mifflin Co. Palo Alto Princeton . Tevseg .

Kisicki, M. & French, W. (2011). Assessment of Disruptive Behavior Disorders. pediatric annals, 40,10, 506-511.

Kivitie-Kallio, S. (2000). Cohen Syndrome : A Clinical Study of 29 Finnish Patients. Ph D., Thesis, University of Helsinki

Kivitie-Kallio, S.& Norio, R. (2001). Cohen syndrome: essential features, natural history, and heterogeneity. Am. J. Med. Genet., 102, (2), 125–35.

Kivitie-Kallio, S.; Larsen, A.; Kajasto, K.; Norio, R. (1999) Neurological and psychological findings in patients with Cohen syndrome: a study of 18 patients aged 11 months to 57 years. Neuropediatrics, 30, 181–189.

Kolehmainen, J.; Black, G. C.& Saarinen, A.; et al. (2003). Cohen syndrome is caused by mutations in a novel gene, COH1, encoding a transmembrane protein with a presumed role in vesicle-mediated sorting and intracellular protein transport. Am. J. Hum. Genet., 72 (6), 1359–69.

Koppenhaver, D., Erickson, K.A., Harris, B., McLellan, J., Skotko, B.G., and Newton, R.A. (2001) Storybook-based communication intervention for girls with Rett syndrome and their mothers. Disabil. Rehabil. 23(3/4), 149–159.

Koskentausta, T.; Livanainen, M.; Almqvist, F. (2007). Risk factors psychiatric in children with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability – research , 51, 1, 43-53.

Krishnasubha, S.; Lakshmikalpana, V.; Ramesh, M. & Sudhakar, G.(2010). A Case - Control Study on Risk Factors of Mental Retardation from an Urban Area of North Coastal Andhra Pradesh. J Life Sci, 2, (2), 93-98.

Krishnasubha, S.; Lakshmikalpana, V.; Ramesh, M. & Sudhakar, G.(2010). A Case - Control Study on Risk Factors of Mental Retardation from an Urban Area of North Coastal Andhra Pradesh. J Life Sci, 2(2): 93-98.

Kuhn, d.e.(1994). the relationship between social behavior and mealtime behavior problems in individuals with severe and profound mental retardation. Phd, Faculty of the Louisiana State University

Kutcher, S ; Aman, M ; Brooks, S ; Buitelaar, J ; Daalen, E ; Fegert, J & Findling, R (2004) : International consensus statement on ADHD and DBDS clinical implications and treatment practice suggestions, European neuropsychoharmacology, V. 14 , PP .11 – 28.

Kutcher, S; Aman , M ; Brooks, S; Buitelaar, J; Daalen, E; Fegert, J & Findling , R (2004) : International consensus statement on ADHD and DBDS clinical implications and treatment practice suggestions, European neuropsychoharmacology,V. 14 , PP .11 – 28.

Kwitek-Black A, Carmi R, Duyk GM, Buetow KH, Elbedour K, Parvari R, Yandava CN, Stone EM, Sheffield VC (1993). Linkage of Bardet-Biedl syndrome to chromosome 16q and evidence for non-allelic genetic heterogeneity. Nat Genet 5:392–396.

La Malfa, G, Lassi S, Bartelli M, et al. (2004). Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population. J Intellectual Disabil Res., Mar; 48(Pt 3),262–7.

Lai KY, Skuse D, Stanhope R, Hindmarsh P. Cognitive abilities associated with the Silver-Russell syndrome. Arch Dis Child. 1994;71(6):490-6.

Lamont, M. A.& Dennis, N. R. (1988). Aetiology of mild mental retardation. Archives of Disease in Childhood, 1988, 63, 1032-1038.

Langridge, A. T.; Glasson, E. G.; Nassar, N.; Jacoby, P.; Pennell, C.; Hagan, R.; Bourke, J.; Leonard, H. & Stanley, F. J. (2013). Maternal Conditions and Perinatal Characteristics Associated with Autism

Spectrum Disorder and Intellectual Disability. PLoS ONE 8(1), e50963. doi:10.1371/journal.pone.0050963.

Lawrence, k. et al., Face and emotion recognition deficits in Turner syndrome: a possible role for X-linked genes in amygdala development, Neuropsychology 17 (1) (2003) 39–49.

Lejeune, J.; Gautier, M.; Turpin, R. (1959). Etude des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens .Comptes Rendus Hebd Seances Acad Sci, 248, (11), 1721-1722.

Lemoine, P.; Harousseau, H.; Borteyru, J.B. & Menuet, J.C. (1968). Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées, à propos de 127 cas. Quest Medical, 21, 476–482.

Leonard, H., Glasson, E., Nassar, N., Whitehouse, A., Bebbington, A., et al. (2011). Autism and intellectual disability are differentially related to sociodemographic background at birth. PloS one, 6(3), e17875.

Leonard, H.; Bower, C. & English, D. (1997). The prevalence and incidence of Rett syndrome in Australia. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry, 1, 8–10.

Lesniak-Karpiak, M.M. Mazzocco, J.L. Ross, Behavioral assessment of social anxiety in females with Turner or fragile X syndrome, J. Autism Dev. Disord. 33 (1) (2003) 55–67.

Levart, t. k. (2007). Rare variant of Lesch–Nyhan syndrome without self-mutilation or nephrolithiasis. Pediatr Nephrol (2007) 22:1975–1978.

Libby, A. K. (1998). "Comprehensive speech and language treatment for infants, toddlers, and children with Down syndrome". In Hassold, TJ; Patterson, D. Down Syndrome: A Promising Future, Together. New York: Wiley-Liss.

Linden, MG.; Bender, BG. & Robinson (1995). A sex chromosome tetrasomy and pentasomy. Pediatrics 96:672–681.

Linden, MG.; Bender, BG. & Robinson (1995). A sex chromosome tetrasomy and pentasomy. Pediatrics 96:672–681.

Lindsay, W.R. (1999). Cognitive therapy. The Psychologist, 12, 238-241.

Lindsay, W.R. (2005). Model underpinning treatment for sex offenders with mild intellectual disability: Current theories of sex offending. Mental Retardation, 43(6), 428-441.

Linscheid, T. R. (1983). Eating problems in children. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology (pp616-639). New York: Wiley.

Lisa Ziatz, W. (1989). Relationship between depressive symptomatology and work behaviors of persons with mild and moderate mental

retardation. Ph.D., The University of Wisconsin - Madison, 8916452., DAI-A 50/09, p. 2845, Mar 1990.
Loeys, B.; Dietz, H.; Braverman, A. et al. (2010). The revised Ghent nosology for the Marfan syndrome. J Med Genet, 47, 476-485.
Long, P. (2000). Our lives with Schizophrenia, P .2, Available at, retrieved at (16/9/2000) http://www.mentalhealth. com
Lotan, m. & Ben-Zeev, b. (2006). Rett Syndrome. A Review with Emphasis on Clinical Characteristics and Intervention. The Scientific World JOURNAL (2006) 6, 1517–1541.
Lotan, M. & Hadar-Frumer, M. (2002) Aquatic rehabilitation for individuals with Rett syndrome. An E-book at: Acceded October, 27, 2006.
Lotan, M. and Hadar-Frumer, M. (2004) Aquatic rehabilitation for individuals with Rett syndrome. Aquat. Phys. Ther. 12(1), 6–16.
Lotan, M. and Shapiro, M. (2005) Management of young children with Rett syndrome in the multi-sensory
Lotter V. (1978). Childhood autism in Africa. J Child Psychol Psychiatry, 19(3), 231–44.
Louhiala, P. (1995). Risk indicators of mental retardation: changes between 1967 and 1981. Developmental medicine and child neurology, 37, 7, 631-636.
Lovett, D. L., & Harris, M. B. (1987). Identification of important community living skills for adults with mental retardation. Rehabilitation Counseling Bulletin, 34-41.
Lowry, B.; Miller, JR.& Fraser, FC. (1971). A new dominant gene mental retardation syndrome. Association with small stature, tapering fingers, characteristic facies, and possible hydrocephalus. Am J Dis Child, 121, 496–500.
Lubs, H.; Chiurazzi, P.; Arena, J.; Schwartz, C.; Tranebjaerg, L.& Neri, G. (1998). XLMR genes: update. Am J Med Genet, 83, 237–247.
Lumley, V. (2001). An Assessment of Assertion Skills Among Adults with Mild Mental Retardation. PHD, Eberly College of Arts and Sciences , West Virginia University.
Lunsky, Y., & Benson, B.A. (2001). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 45, 106-114.
Mabboux, P; Brisset, S.; Aboura, A; Pineau, D; Koubi, V.et al. (2007). Pure and complete trisomy 18p due to a supernumerary marker chromosome associated with moderate mental retardation. American Fryns, J.; Kleczkowska, A. A.; Kubień, E. E. & Van den Berghe, H.

H; (1984). Cytogenetic findings in moderate and severe mental retardation. A study of an institutionalized population of 1991 patients. Acta paediatrica Scandinavica, Supplement, 313, 1-23.

MacDonald J, Sinason V, Hollins S. An interview study of people with learning disabilities' experience of, and satisfaction with, group analytic therapy. Psychol Psychother 2003; 76: 433–53.

Macimillan, D. (1977). Mental Retardation In school & Society. little Brown, N. Y. USA.

Maher ER, Reik W: Beckwith-Wiedemann syndrome: imprinting in clusters revisited. J Clin Invest 105: 247–252 (2000).

Maite, G.& José Ignacio, P. (2007). Self-Concept, Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Persons with Intellectual Disability. The Spanish Journal of Psychology, 10, (1), 141-150.

Mak BS, Chi C-S, Tsai C-R, Lee W-J, Lin H-Y (2000) New mutations of the HPRT gene in Lesch-Nyhan syndrome. Pediatr Neurol 23:332–335.

Manivannan, N.; Gokulanathan, S.; Ahathya, R; Gubernath; D. et al.(2012). Sturge-Weber syndrome. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences 4. Suppl 2, 349-352.

Manning MA, Cassidy SB, Clericuzio C, Cherry AM, Schwartz S, Hudgins L, Enns GM, Hoyme HE. Terminal 22q deletion syndrome: a newly recognized cause of speech and language disability in the autism spectrum. Pediatrics. 2004;114:451–7. [PubMed: 15286229].

Marianna, B.; Yolanda, G.; Paraskevi, T.; Eleonora, L.; Eleni, K.; et al. (2008). Cohen syndrome resulting from a novel large intragenic COH1 deletion segregating in an isolated Greek island population. American Journal of Medical Genetics, Part A, 146, 17, 2221-2226.

Maricle, D. E., & Avirett, E. (2012). The role of cognitive and intelligence tests in the assessment of executive functions. In D. Flanagan & P. Harrison (Eds.), Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues-3rd Edition (pp. 820-838). New York, NY US: Guilford Press.

Maroesjka, V.N.; Bram Orobio, D.& Lex, W. (2009) Social Problem-Solving and Mild Intellectual Disabilities: Relations with Externalizing Behavior and Therapeutic Contex. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114, (1), 42-51.

Martens, M. A.; Wilson, S. J. & Reutens, D. C. (2008). Research Review: Williams syndrome: a critical review of the cognitive, behavioral, and neuroanatomical phenotype. J. Child Psychol Psychiatry, 49, (6), 576–608.

Martin, H. (1999). Characteristics of and stratigies for teaching students with mild disabilities. New York : Allyn and Bacon Aviacom Company.

Marwaha, R. K. (2006). Langer-Giedion Syndrome. Indian Pediatrics, 43, (2), 174–175.

Mary, l.; Morris, c.; Ewart, a.; Brothman, l. Claire Leonard, x.; Carey, j.; Keating, m. & Brothman, a. (1995). Strong Correlation of Elastin Deletions, Detected by FISH, with Williams Syndrome: Evaluation of 235 Patients. American Journal of Human Genetics, 57, (49).

Matson JL, González ML, Terlonge C, Thorson RT, Laud RB.(2007). What symptoms predict the diagnosis of mania in persons with severe/ profound intellectual disability in clinical practice? J Intellect Disabil Res 2007;51(1):25-31.

Matson, J. L. (Ed.) (2007). Handbook of assessment in persons with intellectual disability. San Diego: Academic Press.

Matson, J. L., & Bamburg, J. W. (1998). Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). Research in Developmental Disabilities, 19, 89-95.

Matson, J. L., Wilkins, J., & Ancona, M. (2008). Autism in adults with severe intellectual disability: An empirical study of symptom presentation. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 33, 36–42.

Matson, JL1; Wilkins, J. & Ancona, M. (2008). Autism in adults with severe intellectual disability: an empirical study of symptom presentation. J Intellect Dev Disabil. 2008 Mar;33(1):36-42. doi: 10.1080/13668250701829837.

May, P. A.& Gossage, J. P. (2001). Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. Alcohol Res Health 25 (3): 159–67.

Mazzocco, m. et al.(1998). Social functioning among girls with fragile X or Turner syndrome and their sisters. J. Autism Dev. Disord., 28, 509–517.

McBrien, J.; Crolla, J. A.; Huang, S.; Kelleher, J.; Gleeson, J.& Lynch, S. A. (June 2008). Further case of microdeletion of 8q24 with phenotype overlapping Langer–Giedion withoutTRPS1 deletion. American Journal of Medical Genetics, Part A, 146A, (12), 1587–1592.

Mccarthy, J. (2007). Children with autism spectrum disorders and intellectual disability. Curr Opin Psychiatry. 2007 Sep;20(5):472-6.

McCauley, e. et al. (1995). Self-esteem and behavior in girls with Turner syndrome. J. Dev. Behav. Pediatr., 16, (2), (1995) 82–88.

McCauley, e. et al. (2001). Psychosocial developmental in adolescents with Turner syndrome. J. Dev. Behav. Pediatr., 22, 360–365.

McGrath, L.; Jones, R. S.; Hastings, R. P. (2010). Outcomes of Anti-Bullying Intervention for Adults with Intellectual Disabilities. Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 31, 2 , 376-380.

McLaren, J.& Bryson, SE. (1987). Review of recent epidemiological studies in mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. American Journal of Mental Retardation, 92, 243-254.

McLennan, Y.; Polussa, J.; Tassone, F.& Hagerman, R. (2011). Fragile X Syndrome. Current Genomics, 12, (3), 216–224.

Mcmains, B & Maynard , V & Conlan , V (2003). Conduct Disorder:Treatment Recommendations For Vermont Youth, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,. 42,.2.

Mcwhirter, B. et. al. (2002). Loneliness in high risk adolescents: The role of Youth Studies, V. 5 (1), PP. 69 – 84.

Mehanna, A S. (2001). Sickle Cell Anemia and Antisickling Agents Then and Now. Current Medicinal Chemistry 8. 2 (Feb 2001): 79-88.

Meloni, I; Vitelli, F; Pucci, L; Lowry, R B; Tonlorenzi, R; et al. (2002). Alport syndrome and mental retardation: clinical and genetic dissection of the contiguous gene deletion syndrome in Xq22.3 (ATS-MR). Journal of medical genetics, 39, 5, 359-365.

Memish, Z.; Saeedi, M. (2011). Six-year outcome of the national premarital screening and genetic counseling program for sickle cell disease and [beta]-thalassemia in Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine 31. 3 (May 2011): 229-35

Mendola, P.; Selevan, SG.; Gutter, S, et al. (2002). Environmental factors associated with a spectrum of neurodevelopmental deficits. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 8:188–97.

Merrick, j.; Efrat Merrick, e.;Lunsky, y.; Isack Kandel, l. (2006). AReviewof Suicidality in Personswith Intellectual Disability.

Merrick, J.; Efrat Merrick, E.;Lunsky, Y.; Isack Kandel, L. (2006). AReviewof Suicidality in Personswith Intellectual Disability.

Merrill, R. D. (1990). ECT for a patient with profound mental retardation. American Journal of Psychiatry 147:256–257, 1990.

Meule, A., Fath, K., Real, R., Sütterlin, S., Vogele, C. & Kübler, A. (2013). Quality of life, emotion regulation, and heart rate variability in individuals with intellectual disabilities and concomitant impaired vision. Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice 2013,1-3. http://www.psywb.com/content/3/1/1.

Meuser, K.T., Valenti-Hein, D., & Yarnold, P.R. (1987). Dating-skills group for the developmentally disabled. Behavior Modification, 11(2), 200-228.

Michael, A. (2003). The relationship between locus of control, residential setting, and employment status within a sample of adults with mental retardation. Psy.D. Pace University on DAI-B 64/06, p. 2904.

Millichap, j. g. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook. A Physician's Guide to ADHD. 2nd . usa : Springer Science Business Media, LLC.

Monroy, N.; lPez, M.; Cervantes, A.; Garca-Cruz, D.; Zafra, G.; Cann, S.; Zenteno, J. C.& Kofman-Alfaro, S. (2002). Microsatellite analysis in Turner syndrome: Parental origin of X chromosomes and possible mechanism of formation of abnormal chromosomes. American Journal of Medical Genetics, 107, (3), 181–189.

Morgan, C. N., Roy, M., & Chance, P. (2003). Psychiatric comorbidity and medication use in autism: A community survey. Psychiatric Bulletin, 27, 378–381.

Mueller, C. E. & Prout, T. H. (2009). Psychosocial Adjustment of Adolescents and Young Adults with Intellectual Disabilities. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities 2. 4 (2009): 294-311.

Muenzer, J.; Wraith, JE.; Clarke, LA. (2009). The International Consensus Panel on the management and treatment of Mucopolysaccharidosis I. Pediatrics 2009;123:19-29.

Muenzer, J.; Wraith, JE.; Clarke, LA. (2009). The International Consensus Panel on the management and treatment of Mucopolysaccharidosis I. Pediatrics 2009;123:19-29.

Muenzer, J.; Wraith, JE.; Clarke, LA. (2009). The International Consensus Panel on the management and treatment of Mucopolysaccharidosis I. Pediatrics 2009;123:19-29.

Muhle, R., Trentacoste, S. V., & Rapin, I. (2004). The Genetics of Autism. Pediatrics 113(5), 472-486.

Munson, D. P. (1992). Teaching Discrete Skills to Students with Moderate Mental Retardation in Small-Group Instructional Arrangements. Exceptionality: A Research Journal, 3, 4, 233-253.

Nagel, B. and Leiper, R. (1999). A national survey of psychotherapy with people with learning disabilities. Clinical Psychology Forum, 129, 14-18.

Naomi, N. h.; Kazuhiro, K. h.; Mitsugu, M. u.; Tojo, T. n.; Atsuo, A. k.; et al. (2009). Smith-Magenis syndrome with West syndrome in a 5-

year-old girl: a long-term follow-up study. Journal of child neurology, 24, 7, 868-873.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2007). Tuberous sclerosis fact sheet. NIH publication no. 02-1846. National Institutes of Health, Bethesda, MD

Nelson C. A. (2000) The neurobiological bases of early intervention. In: Handbook of Early Childhood Intervention 2nd edn (eds J. P. Shonkoff & S. J. Meisels), pp. 204–277. Cambridge University Press, Cambridge.

Nelson, L.; Johnson, JK.; Freedman, M. et al. (2005). Learning and memory as a function of age in Down syndrome: a study using animalbased tasks. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 29: 443–53.

Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. Clinical Psychology Review, 7, 121-144.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1991). Problem-solving skills training. In V. E. Caballo (Ed.), Handbook of behavior modification and behavior therapy techniques. (pp. 527-553). Madrid, Spain: Siglo Veintiuno de Espana Editores S.A.

Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). AAMR Adaptive Behavior Scale-Residential and Community, 2nd edn., Austin, TX: PRO-ED.

Nind, M. (1996). Efficacy of Intensive Interaction: developing sociability and communication in people with severe and complex learning difficulties using an approach based on caregiver–infant interaction. European Journal of Special Needs Education, 11(1), 48–66.

Norman, h. (1979). On the diagnostic term "Down's disease. Medical History, 23, (1), 102-104.

Norman, H. (1979). On the diagnostic term "Down's disease. Medical History, 23, (1), 102-104

Nowak-Wegrzyn, A.; Crawford, T. O.; Winkelstein, J. A.; Carson, K. A.& Lederman, H. M. (2004). Immunodeficiency and infections in ataxia-telangiectasia. The Journal of pediatrics, 144, (4), 505–11.

O′ skarsdo′ttir, s.; Vujic, m.; Fasth, a. (2004). Incidence and prevalence of the 22q11 deletion syndrome: a population-based study in Western Sweden. Arch Dis Child, 89, 148–151.

Odent, S.; Taque. S.; Lucas, J.; Le Mee, F.; Le Marec, B. (2001). Prader-Willi syndrome and polygonosomal abnormalities in males: about a Prader-Willi/47,XYY patient. Ann Genet, 44(1), 1-3.

Oh, M. M.; Ham, B.K.; Kang, S. H.; Bae, J. H.; Kim, J. J.; Yoo,K. H.; Yoon, D. K. & Moon, D. G. (2011). Urine alkalinization may be

enough for the treatment of bilateral renal pelvis stones associated with Lesch–Nyhan syndrome. Urol Res (2011) 39:417–419.
Oka, Y.; Masumoto, K.; Nakamura, M.; Iwasaki, A.; (2011). Colonic volvulus detected by CT scan in a case with mental retardation and prune belly syndrome.National Library of Medicine, Asian journal of surgery / Asian Surgical Association, 34, 4, 185-188.
Olness K. (2003) Effects on brain development leading to cognitive impairment: a worldwide epidemic. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 24, 120–130.
Opitz, JM.& Holt, MC. (1990). Microcephaly: General considerations and aids to nosology. J Craniofac Genet Dev Biol, 10, 175-204.
Optiz, J. M. (1990). Reflections on the pathogenesis of Down syndrome. In American Journal of Medical Genetics Supplement. 7:38.
Orelove, F.; Hollahan, D. & Myles, K. (2000). Maltreatment of children with disabilities: training needs for a collaborative response. Child Abuse & Neglect, 24, 2,185-194 .
Oskarsdóttir, S. S.; Fasth, A. A.; Belfrage, M. M.; Viggedal, G. G.; Persson, C. C.; et al. (1999). CATCH22 or 22q11 deletion syndrome. An underdiagnosed and misunderstood disease category with a variable clinical picture. Läkartidningen, 96, 44, 4789-4793.
Paige, k.;Paul, w. & Uta, f. (2001). Williams (Williams Beuren) Syndrome: A Distinct Neurobehavioral Disorder. Journal of Child Neurology, 1, 16.
Palaskar, J.; Palaskar, S.& Joshi, N. (2012). Down's syndrome patient with multiple sialoliths in Stenson's duct. Indian Journal of Dental Research, 23, (3), 412-414.
Paller, A..S; Massey, R.B.; Curtis, M.A.; Pelachyk, J. M.; Dombrowski, H. C.; Leickly, F. E.& Swift, M. (1991). Cutaneous granulomatous lesions in patients with ataxia-telangiectasia. The Journal of pediatrics, 119, (6), 917–22.
Park, G.; Gong, Z.; Chen, J.& Kim, J. E. (2010). Characterization of the DOT1L network: implications of diverse roles for DOT1L. Protein J., 29, (3), 213–23.
Parker, J. N. & Parker, P. M. (2003). The Official Parent's Sourcebook on Cerebral Palsy. USA : Health Care: Tiffany LaRochelle.
Paterson, M. C. & Smith, P. J. (1979). Ataxia telangiectasia; an inherited human disorder involving hypersensitivity to ionizing radiation and related DNA-damaging chemicals. Ann Rev Genet, 13, 291-318.
Patrick, C Sandy, L.; Bernard, A.; Christel, T.;Guillaume, J.; Catherine, B,; Laurence, F.; (2010). towards the dissection of marfanoid syndromes

with mental retardation. 8th International Research Symposium on the Marfan Syndrome and Related Disorders, University of Washington.

Pavlidis, k.;McCauley, e. & Sybert, v.(1995). Psychosocial and sexual functioning in women with Turner syndrome. Clin. Genet., 47, (2), 85–89.

Pavri , S. (2001). Loneliness in children with disabilities how teachers can help " . teaching exceptional children , V. 33, N. 6, P.P. 52-58.

Pearson DA, Santos CW, Roache JD et al. (2003), Treatment effects of methylphenidate on behavioral adjustment in children with mental retardation and ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42: 209–216.

Peeters, K.; Willekens, D.; Steyaert, J.& Fryns, J. P. (2008). THE LONG term evolution of 6 adult patients with cohen syndrome and their behavioral characteristics. Genetic Counseling, 19, 1, 1-14.

Pert, C; Jahoda, A; Kroese, B Stenfert; Trower, P; Dagnan, D; et al.(2013). Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: a qualitative investigation of process issues. Journal of Intellectual Disability Research, 57, 4, 359.

Petalas MA, Hastings RP, Nash S, Lloyd T & Dowey A. (2008). Emotional and behavioural adjustment in siblings of children with intellectual disability with and without autism. Autism. 2009 Sep;13(5):471-83. doi: 10.1177/1362361309335721.

Petrij, F.; Giles, R. H.; Dauwerse, H. G, et al. (1995). Rubinstein–Taybi syndrome caused by mutations in the transcriptional co-activator CBP. Nature 376 (6538): 348–51.

Petter, s.; Per, b. & Kjersti, r. (2002). Prevalence Estimation of Williams Syndrome, Journal of Child Neurology, 17, (4).

Phelan MC, Stapleton GA, Rogers RC. Deletion 22q13 syndrome: Phelan-McDermid syndrome. In: Cassidy SB, Allanson JE, eds. The Management of Genetic Syndromes. 3 ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2010:285-97.

Philippe A, Boddaert N, Vaivre-Douret L, Robel L, Danon-Boileau L, Malan V, de Blois M-C, Heron D, Colleaux L, Golse B, Zilbovicius M, Munnich A. Neurobehavioral profile and brain imaging study of the 22q13.3 deletion syndrome in childhood. Pediatrics. 2008;122:e376–82. [PubMed: 18625665]

Piccione, M.; Cecconi, M.; Giuffrè, M.; Lo Curto, M.; Malacarne, M.; et al. (2005). Perlman syndrome: clinical report and nine-year follow-up. American journal of medical genetics., Part A , 139, 2 , 131-135.

Pilling, S., Dinal, F. & Corn, R. (2007). Adolescents With Autism and Significant Intellectual Disability. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 118 (4) 247-261.

Plauchu, H.; Ollagnon-Roman, E; Armand, J P; Robert, J M. (1988). The 48,XXXX syndrome: study of psychomotor development from birth to 11 years of age and review of the literature. National Library of Medicine. Annales de génétique, 31, 2, 105-110.

Polder JJ, Meerding WJ, Bonneux L, van der Maas PJ: Healthcare costs of intellectual disability in the Netherlands: a cost-of-illness perspective. J Intellect Disabil Res 2002; 46: 168–178.

Potter, B. S.(2006). Evaluating everyday executive functions and psychosocial behavior in children with neurofibromatosis type I. Psy.D.,Antioch New England Graduate School.

Prater, C. D. & Zylstra, R. G. (2006). Medical care of adults with mental retardation. American family physician, 73, 12, 2175-2183.

Prater, C. D. & Zylstra, R. G. (2006). Medical care of adults with mental retardation. American family physician, 73, 12, 2175-2183.

Prather, P.& de Vries, PJ. (2004). Behavioral and cognitive aspects of tuberous sclerosis complex. J Child Neurol, 19, 666–674.

President's Committee for People with Intellectual Disabilities. (2004). A charge we have to keep: A roadmap to personal and economic freedom for people with intellectual disabilities in the 21st Century. Washington, DC: Governmental Printing Office (GPO).

Pritchard, A. Kalback, S. McCurdy, M. Capone, G. T.(2015). Executive functions among youth with Down Syndrome and co-existing neurobehavioural disorders. Journal of intellectual disability research, JIDR, 59 (12), 1130-1141.

Prout, R. and Nowak-Drabik, K.M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness. American Journal on Mental Retardation, 108, 82-93.

Pryor, HB. & Thelander, H. (1968). Abnormally small head size and intellect in children. J Pediatr, 73, 593-598.

Randi, J.& Paul, J. (2002). Hagerman. Fragile X syndrome: diagnosis, treatment, and research. 3, illustrated ed. Baltimore, MD: JHU.

Rapanaro, C., Bartu, A., & Lee, A. H. (2008). Perceived challenges and negative impact of challenges encountered in caring for young adults with intellectual disabilities in the transition to adulthood. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21, 34–47.

Rapin, I. (1997). Autism. N Engl J Med, 337: 97–104.

Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S (2013) Non-Specialist Psychosocial Interventions for Children and Adolescents with Intellectual Disability or Lower-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. PLoS Med 10(12): e1001572. doi:10.1371/journal.pmed.1001572.

Reynhout, G. & ;Carter, M. (2007). Social Story(TM) Efficacy With a Child With Autism Spectrum Disorder and Moderate Intellectual Disability. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities; Fall 2007; 22, 3; 173-182.

Reynhout, G. & Carter, M. (2007). Social Story(TM) Efficacy With a Child With Autism Spectrum Disorder and Moderate Intellectual Disability. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Fall, 22, 3, 173-182.

Schieve LA, Gonzalez V, Boulet SL, Visser SN, Rice CE, et al. (2012). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006–2010. Research in Developmental Disabilities 33: 467–476.

Seif Eldin A, Habib D, Noufal A, et al. (2008) Use of M-CHAT for a multinational screening of young children with autism in the Arab countries. Int Rev Psychiatry, Jun; 20(3), 281–9.

Steed, S., & Lutzker, J. R. (1999). Recorded audio prompts: A strategy to increase independent prevocational task completion in individuals with dual diagnosis. Behavior Modification, 23, 152–168. doi:10.1177/0145445599231007.

Susan, b. E,; Elspeth, b. A,.; Ann, t. & Ann, w. (2008). Prevalence of Autism Among Adolescents With Intellectual Disabilities. Canadian Journal of Psychiatry, Jul 2008; 53, 57.

Totsika, V.; & Hastings, R. P.;Emerson, E.; Berridge, D. M. & Lancaster, G. A. (2011). Behavior Problems at 5 Years of Age and Maternal Mental Health in Autism and Intellectual Disability. J Abnorm Child Psychol, 39, 1137–1147. DOI 10.1007/s10802-011-9534-2.

Tsakanikos, e.; Costello, h.; Holt, g,; Bouras, n.;Sturmey, p. & Newton, t. (2006). Psychopathology in Adults with Autism and Intellectual Disability. Autism Dev Disord (2006) 36:1123–1129. DOI 10.1007/s10803-006-0149-3.

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Smith, S. J., Parent, W., Davies, D. K., & Stock, S. (2006). Technology use by people with intellectual and developmental disabilities to support employment activities: A single-subject design meta analysis. Special issue: Assistive technology as a

workplace support. Journal of Vocational Rehabilitation, 24(2), 81–86.

Zeedyk, M. S., Caldwell, P., & Davies, C. E. (2009). How rapidly does Intensive Interaction promote social engagement for adults with profound learning disabilities? European Journal of Special Needs Education, 24(2), 119– 137.

Rantakallio, P. & Wendt, L. (1985). risk factors for mental retardation. archives of disease in childhood, 1985, 60, 946-952.

Rapaport, R. (2000). XYY males. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Eds. Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1749.

Ratey, J., J. (2001). A User's Guide to the Brain: Perception, Attention, and the Four Theaters of the Brain. New York: Vintage Books.

Raymond1, l. f. & Tarpey, p. (2006). The genetics of mental retardation. Human Molecular Genetics, 15, 2. R110–R116.

Rees, D. C; Williams, T. N; Gladwin, M. T.(2010). Sickle-cell disease. The Lancet 376. 9757 (Dec 11-Dec 17, 2010): 2018-31

Reiter, S.; Lapidot-Lefler, N.(2007). Bullying among Special Education Students with Intellectual Disabilities: Differences in Social Adjustment and Social Skills. Intellectual and Developmental Disabilities 45. 3 (June 2007): 174-181.

Richardson, W., S. (2010). Identification of loci contributing to the Smith-Magenis syndrome-like phenotype and molecular evaluation of the retinoic acid induced 1 gene. Phd., Human Genetics, Virginia Commonwealth University.

Riquet, A.; Cuisset, J-M.; Cuvellier, J-C.; Joriot, S.; Petit, F.; et al. (2010). Characteristics of tuberous sclerosis in children. Archives de pédiatrie : organe officiel de la Sociéte française de pédiatrie, 17, 9 ,1338-1345.

Robinson, P. & Godfrey, M. (2000). The molecular genetics of Marfan syndrome and related microfibrillopathies. J Med Genet, 37, 9–25.

Roizen, NJ. & Patterson, D. (2003). Down's syndrome (Review). Lancet 361, (9365), 1281–89.

Rokach, A. (2004).Loneliness the and now: Reflections on social and emotional alienation in everyday life, Current Psychology, V. 23, No. (1), 24-40.

Romans, s. et al. (1997). Executive function in girls with Turner's syndrome. Dev. Neuropsychol, 13, (1), 23–40.

Ronald, P.; Jean L. & Joseph L. (2007). Dermatology: 2-Volume Set. St. Louis: Mosby. pp. 892, 894. ISBN 1-4160-2999-0.

Ross, A.& Mccauley, E. (2000). Neurodevelopmental and psychosocial aspects of Turner syndrome. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev., 6, (2), 135–141.

Ross, j. et al. (2002). Persistent cognitive deficits in adult women with Turner syndrome. Neurology, 58, (2), 218–225.

Rovet, j. (2004). Turner syndrome: a review of genetic and hormonal influences on neuropsychological functioning, Child. Neuropsychol., 10, (4), 262–279.

Rubin, K. & Asendropf , J. (1993). Social Withdrawal , inhibition , and shyness in childhood : conceptual and definitional issues , hilldale .nj : Erlbaum.

Rubin, K. & Mills, R. (1988). The many faces of social isolation in childhood , Journal of Consulting and Clinical Psychology , V. 56 , N. 56, P.P. 916-924.

Rutter, LQ. (2006). First Diagnosis of Severe Mental and Physical Disability: A Study of Doctor – Parent Communication. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, (7), 1273-1287.

Saal HM, Pagon RA, Pepin MG. (1985). Reevaluation of Russell-Silver syndrome. J Pediatr. 1985 Nov;107(5):733-7.

Saggese, G. Bertelloni, S.; Baroncelli, G. I. & Calisti, L. (1983). Aarskog's syndrome. Description of a case and endocrinological study.n Medical and surgical pediatrics, 5, 6, 613-618.

Sakakihara, Y. (2000). Medical care and support for children with mental retardation in school. Brain and development, 32, 3, 237-241.

Salvador-Carulla, l. & Bertelli, m. (2008). Mental Retardation' or 'Intellectual Disability': Time for a Conceptual Change. Psychopathology 2008;41:10–16

Sam, G. & Cecil, R. (1999). Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children. New York: Guilford Press. ISBN 1-57230-448-0.

Santoro, M. R.; Bray, S.M.; Warren, S. T. (2012). Molecular Mechanisms of Fragile X Syndrome: A Twenty-Year Perspective. Annu. Rev. Pathol., Mech. Dis., 7, 219–45..

Schaefer, GB. & Bodensteiner, JB. (1993). Evaluation of the child with idiopathic mental retardation. Pediatr. Clin North Am, 40:465-477.

Schalock, R. L. & Keith, K.D. (1993 a). Quality of Life Questionnaire. Worthington, Ohio: IDS Publishers.

Schena, D.; Germi, L.; Zamperetti, MR,; Darra, F.; Giacopuzzi, S.; et al.(2007). Uncombable hair syndrome, mental retardation, single

palmar crease and arched palate in a patient with neurofibromatosis type I. Pediatric dermatology, 24, 5, 73-75.

Schneider, B. (1999). A multimethod exploration of the friendships of children considered socially withdrawal by their school peers , Journal of abnormal child psychology , V. 27, N. 2, P.P.115-123.

Schott, N, and Holfelder, B. (2015). Relationship between motor skill competency and executive function in children with Down's syndrome. Journal of intellectual disability research, JIDR, 59 (9),860-872.

Schoubben, E.; Decaestecker, K.; Quaegebeur, K.; Danneels, L.; Mortier, G. et al. (2011). Tetrasomy and pentasomy of the X chromosome. European journal of pediatrics 170. 10 (October 2011): 1325-1327.

Schoubben, E.; Decaestecker, K.; Quaegebeur, K.; Danneels, L.; Mortier, G. et al. (2011). Tetrasomy and pentasomy of the X chromosome. European journal of pediatrics 170. 10 (October 2011): 1325-1327.

Schoumans, J.; Wincent, J.; Barbaro, M. et al. (2007). Comprehensive mutational analysis of a cohort of Swedish Cornelia de Lange syndrome patients. Eur. J. Hum. Genet, 15, (2), 143–149.

Scott, h.; Chris, o.; Glyn, m. (2001). Self-injurious behaviour in young children with Lesch-Nyhan syndrome. Developmental Medicine and Child Neurology, 43, 11, 745-9.

Scott, S.; David, D.; Amy, A. & Allan, L. (2008). Longitudinal Changes in Intellectual Development in Children with Fragile X Syndrome. Journal of Abnormal Child Psychology, 36, (6), 927–939.

Scotti, J. R.; Nangle, D. W.; Masia, C. L.; Ellis, J. T.; Ujcich, K. J.; Giacoletti, A. M.; Vittimberga, G. L. & Carr, R. (1997). Providing an AIDS education and skills training program to persons with mild developmental disabilities. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 32, 113-128

Seed, P. & Lloyd , G. (1997). Quality of life . London , Jerssica . Kingsley publishers.

Selicorni, A.; Russo, S.; Gervasini, C. et al. (2007). Clinical score of 62 Italian patients with Cornelia de Lange syndrome and correlations with the presence and type of NIPBL mutation. Clin. Genet, 72, (2), 98–108.

Serjeant, G.R. (1974). In The clinical features of sickle cell disease , Bearn, A.G. Ed.; NorthHoland Publishing Company: Amsterdam; Oxford and American Elsevier publishing company Inc: New York, 1974, 4,50.

Shah, A.; Holmes, N. & Wing, L. (1982). Prevalence of autism and related conditions in adults in a mental handicap hospital. Appl Res Ment Retard., 3(3),303-17.

Shannon, N. L.; Maltby, E. L.; Rigby, A. S. & Quarrell, O. W.(2001). An epidemiological study of Wolf-Hirschhorn syndrome: life expectancy and cause of mortality. J Med Genet, 38, 674-679

Shiloh, Y. (2003). ATM and related protein kinases : safeguarding genome integrity. Nature Rev Cancer, 3, 155-68.

Sigafoos, J. (2000) Communication development and aberrant behavior in children with developmental disabilities. Educ. Train. Ment. Retard. Dev. Disabil. 35(2), 168–176.

Sigafoos, J., Woodyatt, G., Tucker, M., Roberts-Pennell, D., and Pittendreigh, N. (1999) Assessment of potential communication acts in three individuals with Rett syndrome. J. Dev. Phys. Disabil. 12(3), 203–216.

Sikora P, Pijanowska M, Majewski M, Bienias B, Borzecka H, Zajaczkowska M (2006) Acute renal failure due to bilateral xanthine urolithiasis in a boy with Lesch-Nyhan syndrome. Pediatr Nephrol 21:1045–1047.

Silverstein, M., & Parker, M.G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. Research on Aging, 24, 528-547.

Simons, J. & Dedroog, I. (2010). Body awareness in children with mental retardation. Research in Developmental Disabilities, 30, 6, 1343-1353.

Singh, N. N., Sood, A., Sonenklar, N., & Ellis, C. R. (1991). Assessment and diagnosis of mental illness in persons with mental retardation: Methods and measures. Behavior Modification, 15, 419–443.

Sisson, K. A., & Van Hasselt, V. B. (1989). Feeding disorders. In J. K. Luiselli (Ed.), Behavioral medicine and developmental disabilities (pp. 45-73). New York: Springer-Verlag.

Skuse, d. het al. (1998). Quality of life in children with Turner syndrome: parent, teacher, and individual perspectives, in: D. Drotar (Ed.), Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: Implications for Research and Practice. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 313–326.

Smith, A. C.; McGavran, L.; Robinson, J, et al. (1986). "Interstitial deletion of (17)(p11.2p11.2) in nine patients. Am. J. Med. Genet., 24, (3), 393–414

Sobsey, D. (1988). Sexual abuse and exploitation of people with severe handicaps. Paper presented at the annual meeting of the Association for Persons with Severe Handicaps, Washington, DC.

Srivastava T, O'Neill JP, DasoukiM, SimckesAM(2002) Childhood hyperuricaemia and acute renal failure resulting from a missense mutation in the HPRT gene. Am J Med Genet 108:219–222.

Starke, m.; Wikland, a.; Moller, a. (2003). Parents' descriptions of development and problems associated with infants with Turner syndrome: a retrospective study. J. Paediatr. Child Health, 39, (4), 293–298.

Stef, M., Simon, D., Mardirossian, B., Delrue, M. A., Burgelin, I., Hubert, C., et al. (2007). Spectrum of CREBBP gene dosage anomalies in Rubinstein-Taybi syndrome patients. European Journal of Human Genetics, 15, 843–847. doi:10.1038/sj.ejhg. 5201847.

Stevens, C. A., Carey, J. C., & Blackburn, B. L. (1990). Rubinstein- Taybi syndrome: a natural history study. American Journal of Medical Genetics. Supplement, 6, 30–37. doi:10.1002/ ajmg.1320370605.

Stirt, J. A. (1981). Anesthetic problems in Rubinstein–Taybi syndrome. Anesthesia & Analgesia. 60 (7): 534–56.

Streissguth, A. (1997). Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Baltimore: Brookes Publishing.

Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities : a selective review and critique. Clin Psychol Psychother, 11, 222–32.

Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: a selective review and critique. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 222- 232.

Su, C.; Lin, Y.; Wu, Y. & Chen, C. (2008). The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation. Research in Developmental Disabilities, 29, 1, 83-95.

Suárez, O.; Novo, C.; Ansede López, A.; González,C.; Sáez, R.; et al. (2006). Type I lissencephaly with microdeletion on 17p13.3: Miller-Dieker syndrome. Acta Pediatrica Espanola, 64, 10, 506-509.

Sujansky, e. & Conradi, s. (1995). Outcome of Sturge-Weber syndrome in 52 adults. American Journal of Medical Genetics, 57, 1, 35–45.

Sukarova-Angelovska, E; Kocova, M.; Krstevska-Konstantinova, M. & Ilieva, G. (2006). Klinefelter Syndrome Associated with Moderate Mental Retardation, Seizures and Isolated Growth Hormone Deficiency - A Case Report. 38th European Human Genetics Conference (EHGC 2006). (May 6, 2006).

Sullivan, P. & Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study, Child Abuse & Neglect, 24,10,1257-1273.

Sybert, V. & Mccauley, E. (2004). Turner's syndrome. N. Engl. J. Med., 351, (12), 1227–1238.

Sybert, VP. & Hall, JG. (1979). Inheritance of tuberous sclerosis. Lancet. 1, 783.

Sybert, VP.& McCauley, E. (2004). Turner's syndrome. , 351, (12), 1227–1238.

Sylven, l. et al. (1993). Life with Turner's syndrome—a psychosocial report from 22 middle-aged women. Acta Endocrinol. (Copenh.), 129, (3), 188–194.

Tabolacci E, Zollino M, Lecce R, Sangiorgi E, Gurrieri F, Leuzzi V, Opitz JM, Neri G. Two brothers with 22q13 deletion syndrome and features suggestive of the Clark-Baraitser syndrome. Clin Dysmorphol. 2005;14:127–32. [PubMed: 15930901.

Talbot, T.J., & Langdon, P.E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: Is sexual Knowledge related to sexual offending behavior? Journal of Intellectual Disability Research, 50(7), 523-531.

Tartaglia, N.; Davis, S.; Hench, A.; Nimishakavi, S.; Beauregard, R.; et al. (2008). A new look at XXYY syndrome: Medical and psychological features. American Journal of Medical Genetics, Part A 146, 12 , 1509-1522.

Temtamy, SA.; Miller, JD. & Hussels-Maumenee, I. (1975). The Coffin-Lowry syndrome: an inherited facio-digital mental retardation syndrome. J Pediatr, 86, 724–731.

Terheggen, h. g.; Kramer, s. &Heimann, k. (1970). Ataxia Telangiectasia (Louis-Bar-Syndrom). Zeitschrift für Kinderheilkunde, 107, 104, 324-342.

Thienpont, B. et al. (2007). Partial duplications of the ATRX gene cause the ATR-X Syndrome. European Journal of Human Genetics, 15, 1094–1097.

Tlott, I. & Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome, Lancet Neurol, 9, 623–33.

Tobin, j. l. & Beales, p. l. (2007). Bardet–Biedl syndrome: beyond the cilium. Pediatr Nephrol (2007) 22:926–936.

Tonni, G.; Ida, V.; Alessandro, V.; Bonasoni, M. (2013). Prune-belly syndrome: case series and review of the literature regarding early prenatal diagnosis, epidemiology, genetic factors, treatment, and prognosis. National Library of Medicine, Fetal and pediatric pathology, 31, 1 , 13-24.

Touraine, R. et al.(2006). A syndromic form of X-linked mental retardation: the Coffin-Lowry syndrome. Eur J Pediatr, 161, 179–187.

Trappe, R.; Laccone, F.; Cobilanschi, J. et al. (2001). MECP2 mutations in sporadic cases of Rett's Disorder are almost exclusively of paternal origin. American Journal of Human Genetics, 68, (5), 1093–1101.

Trovó-Marqui, A B; Goloni-Bertollo, E M; Valério, N I; Pavarino-Bertelli, E C; Muniz, M P; et al. (2005). High frequencies of plexiform neurofibromas, mental retardation, learning difficulties, and scoliosis in Brazilian patients with neurofibromatosis type 1. Brazilian journal of medical and biological research 38, 9 , 1441-1447.

Tsai, LY. (1992). "Is Rett's Disorder is a subtype of pervasive developmental disorders?". J Autism Dev Disord 22 (4): 551–61.

Ulleland, C.N. (1972). The offspring of alcoholic mothers. Annals New York Academy of Sciences, 197, 167–169.

Van Bokhoven, H.; Celli, J.; Van Reeuwijk, J. et al. (2005). MYCN haploinsufficiency is associated with reduced brain size and intestinal atresias in Feingold syndrome. Nat Genet, 37, 465-467.

Van Lierdea, K.; Mortierb, G.; Loeysb, B.; Baudoncka, N.; De Leya, S.; Marksc, L. & Van Borsel, J. (2007). Overall intelligibility, language, articulation, voice and resonance characteristics in a child with Shprintzen–Goldberg syndrome. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 71, 5, 721–728.

van Pareren, et al., Psychosocial functioning after discontinuation of long-term growth hormone treatment in girls with Turner syndrome, Horm. Res. 63 (5) (2005) 238–244.

Verlinde, f. et al. (2004). Health and psychosocial status of patients with Turner syndrome after transition to adulthood: the Belgian experience. Horm. Res., 62, (4), 161–167.

Vrouwe, M. G.; Elghalbzouri-Maghrani, E.; Meijers, M. et al. (2007). Increased DNA damage sensitivity of Cornelia de Lange syndrome cells: evidence for impaired recombinational repair. Hum. Mol. Genet, 16, (12), 1478–87.

Wasserman, T., & Wasserman, L. D. (2013). Toward an integrated model of EF in children. Applied Neuropsychology: Child, 2(2), 88-96.

Wataganara, T.; Erik S, L.; Antonio, F.; Geralyn, M. M.; Thomas, L. et al. (2003). Maternal serum cell-free fetal DNA levels are increased in cases of trisomy 13 but not trisomy 18, Human Genetics, 112, 2, 204-208.

Watson,D. (2007). An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood

depression. A study of the efficacy of play therapy in the school. Ph.D., Capella University. P. 118; AAT 3266269.

Webb, DW.; Clarke, A.; Fryer, A. et al. (1996). The cutaneous features of tuberous sclerosis: a population study. Br J Dermatol, 135,1–5

Weksberg R, Shuman C, Smith AC: Beckwith- Wiedemann syndrome. Am J Med Genet 137C:12–23 (2005

Weksberg, R, Shuman C, Beckwith JB: Beckwith-Wiedemann syndrome. Eur J Hum Genet 2009; 18: 8–14.

Williamson, D., M.(1996). The efficacy of a brief classroom format assertiveness training program on assertive behavior, assertiveness knowledge, anxiety, and locus of control in fifth-grade students. Ed.D., The Johns Hopkins University. DAI-A 57/05, 1971.

Willner, P. (2005). Readiness for cognitive therapy in people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19, 5-16.

Wilson HL, Wong AC, Shaw SR, Tse WY, Stapleton GA, Phelan MC, Hu S, Marshall J, McDermid HE. Molecular characterisation of the 22q13 deletion syndrome supports the role of haploinsufficiency of SHANK3/PROSAP2 in the major neurological symptoms. J Med Genet. 2003;40:575–84. [PMC free article: PMC1735560] [PubMed: 12920066]

Wilson, B. (1999). Entry behavior and emotion regulation abilities of developmentally delayed boys. Developmental Psychology, 35, 214–222.

Wiltz, J. (2003). Measuring relationship strength in roommates with MR/DD: The development of the roommate friendship scale (RFS). Research in Developmental Disabilities, 24, 359-367.

Wiltz, j. m. (2005). Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University. Phd., The Ohio State University.

Windsch, T. L. M. (2001). Using simulation in the middle school: Does assertiveness of dyed partners in fluency conceptual change? Int. Journal of Education, Vol 23, No 1, pp 17-32.

Wines, M. (2006). Malnutrition Is Cheating Its Survivors, and Africa's Future. New York Times, December 28.

Winnepenninckx, B.; Rooms, L.& R. Kooy, F. (2003). MENTAL retardation: a review of the genetic causes. The British Journal of Developmental Disabilities, 49 ((96), 29-44.

Woods, CG.; Bond, J.& Enard, W(2005). Autosomal recessive primary microcephaly (MCPH): A review of clinical, molecular and evolutionary findings. Am J Hum Genet, 76, 717-728.

Wraith, JE. (2005). The first 5 years of clinical experience with laronidase enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis I. Expert Opin Pharmacother 2005;6:489-506.

Wraith, JE. (2005). The first 5 years of clinical experience with laronidase enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis I. Expert Opin Pharmacother 2005;6:489-506.

Wraith, JE. (2005). The first 5 years of clinical experience with laronidase enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis I. Expert Opin Pharmacother 2005;6:489-506.

Ximena, c.; Silvia, c.; Teresa, a.; Paula, r. & Francisco, a. (2005). Williams Syndrome: Pediatric, Neurologic, and Cognitive Development. Pediatric Neurology, 32, 166–172.

Xu, J. J.; Freeman, V. V.; Carter, R. F.; Paes, B. B.; Heshka, T. T. ; et al. (2000). Wolf-Hirschorn syndrome resulting from partial monosomy 4p/trisomy 9p. American journal of medical genetics, 93, 4, 285-289.

Yan, J.; Zhang, F.; Brundage, E. et al. (2009). Genomic duplication resulting in increased copy number of genes encoding the sister chromatid cohesion complex conveys clinical consequences distinct from Cornelia de Lange. J. Med. Genet, 46, (9), 626–34.

Yonehara, Yoshiyuki, Y.; Takashi, T; Shigeru, S; Nozomu, N.; Toshiki, T.; et al. (2002). CATCH 22 Syndrome. The Journal of craniofacial surgery, 13, 5, 623-626.

Zaroff, CM & Uhm, SY. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders and influence of country of measurement and ethnicity. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 47(3), 395-8. doi: 10.1007/s00127-011-0350-3.

Zenker, M.(2004). Genotype-phenotype correlations in Noonan syndrome. J Pediatr, 144, (3),368–74.53.

Zetlin, A.G., & Murtaugh, M. (1988). Friendship patterns of mildly learning handicapped and nonhandicapped high school students. American Journal on Mental Retardation, 92, 447-454.

Zipursky, A .(2003). Transient leukaemia--a benign form of leukaemia in newborn infants with trisomy 21. British journal of haematology, 120, (6), 930–38.